

Université de Montréal

**L'association entre les divers types de services de santé
et l'initiation du traitement de l'hépatite C chez les
utilisateurs de drogues par injection.**

par

Marc-Antoine Bégin

Programme de sciences biomédicales
Faculté de médecine

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures et postdoctorales
en vue de l'obtention du grade de Maîtrise ès Science (M.Sc)
en sciences biomédicales
option recherche clinique

Janvier 2013

© Marc-Antoine Bégin, 2013

Université de Montréal
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Ce mémoire intitulé :

L'association entre les divers types de services de santé et l'initiation du traitement de
l'hépatite C chez les utilisateurs de drogues par injection.

Présenté par :
Marc-Antoine Bégin

Évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Dr. Gilles Pomier-Layrargues, président-rapporteur

Dr. Julie Bruneau, directrice de recherche

Mme Marie-France Raynault, membre du jury

Résumé

Introduction: Malgré des taux d'efficacité comparable du traitement antiviral de l'hépatite C (VHC) entre utilisateurs de drogues par injection (UDIs) et non-UDIs, il y a encore d'importantes barrières à l'accessibilité au traitement pour cette population vulnérable. La méfiance des UDIs à l'égard des autorités médicales, ainsi que leur mode de vie souvent désorganisé ont un impact sur l'initiation du traitement. L'objectif de cette étude est d'examiner les liens entre l'initiation du traitement du VHC et l'utilisation des services de santé chez les UDIs actifs.

Methode: 758 UDIs actifs et séropositifs aux anticorps anti-VHC ont été interrogés durant la période de novembre 2004 à mars 2011, dans la région de Montréal. Des questionnaires administrés par des intervieweurs ont fourni des informations sur les caractéristiques socio-économiques, ainsi que sur les variables relatives à l'usage de drogues et à l'utilisation des services de santé. Des échantillons sanguins ont été prélevés et testés pour les anticorps anti-VHC. Une régression logistique multivariée a permis de générer des associations entre les facteurs relatifs aux services de santé et l'initiation du traitement contre le VHC.

Resultats: Parmi les 758 sujets, 55 (7,3%) avaient initié un traitement du VHC avant leur inclusion dans l'étude. Selon les analyses multivariées, les variables significativement associées à l'initiation du traitement sont les suivantes: avoir vu un médecin de famille dans les derniers 6 mois (Ratio de Cote ajusté (RCa): 1,96; Intervalle de Confiance à 95% (IC): 1,04-3,69); plus de 2 ans sous traitement de la dépendance à vie, sans usage actuel de méthadone (RCa: 2,25; IC: 1,12-4,51); plus de 2 ans sous traitement de la dépendance à vie, avec usage actuel de méthadone (RCa: 3,78; IC: 1,85-7,71); et avoir déjà séjourné en prison (RCa: 0,44; IC: 0,22-0,87).

Conclusion: L'exposition à des services d'aide à la dépendance et aux services médicaux est associée à l'initiation du traitement du VHC. Ces résultats suggèrent que ces services jouent leur rôle de point d'entrée au traitement. Alternativement, les UDIs ayant initié un

traitement du VHC, auraient possiblement adopté une attitude proactive quant à l'amélioration de leur santé globale. D'autre part, l'incarcération ressort comme un obstacle à la gestion de l'infection au VHC.

Mots-clés : Santé publique, UDIs, VHC, traitement du VHC, soins de première ligne, traitement de substitution à la méthadone, traitement d'aide à la dépendance, programmes d'échange de seringues, incarcération.

Abstract

Introduction: In spite of comparable hepatitis C virus (HCV) treatment efficacy between injection drug users (IDUs) and non-IDUs, there are still important barriers impeding antiviral treatment access in this vulnerable population. Mistrust between IDUs and health care providers, along with IDU disorganised lifestyle, affect HCV treatment uptake. The objective of this study is to examine the association between HCV treatment initiation and the use of healthcare services among active IDUs.

Methodology: 758 active IDUs, seropositive for anti-HCV antibody, were surveyed from November 2004 to March 2011 in Montreal. Interviewer-administered questionnaires elicited information on socio-demographic factors, drug use related behaviors and health care service utilization. Blood samples were collected and tested for HCV antibodies. Multivariate logistic regression analysis was conducted to identify the health service correlates of HCV treatment initiation.

Results: Among the 758 subjects, 55 (7.3%) had initiated an HCV treatment prior to enrolment. In multivariate analysis, variables independently associated with treatment initiation included: having seen a general practitioner in the last 6 months (adjusted Odds Ratio (aOR): 1,96; 95% Confidence Interval (CI): 1,04-3,69); more than 2 years of lifetime addiction treatment exposure without current methadone use (aOR: 2,25; CI: 1,12-4,51); more than 2 years of lifetime addiction treatment exposure with current methadone use (aOR: 3,78; CI: 1,85-7,71); and having spent time in prison (aOR: 0,44; CI: 0,22-0,87).

Conclusion: Exposure to addiction and medical services is associated with HCV treatment initiation. These results suggest that such services efficiently play their role as entry points for HCV treatment. Alternatively, IDU who have initiated HCV treatment, regardless of the viral response outcome, may have adopted a proactive stance towards improving their overall health. Incarceration on the other hand seems to be an obstacle to HCV treatment uptake.

Keywords : Public health, IDUs, HCV, HCV treatment, primary care, methadone maintenance treatment, drug dependence treatment, needle exchange programs, incarceration.

Table des matières

Introduction	11
Recension des écrits	12
Le VHC et sa transmission	12
Les UDIs.....	14
Les conséquences de l'infection	15
Le traitement du VHC	19
Les lignes directrices canadiennes.....	23
Efficacité du traitement chez les UDIs	25
Les barrières à l'initiation du traitement	27
Les UDIs et les contacts avec les services de santé.....	29
Conclusion de la recension des écrits.....	32
Objectif et questions de recherche.....	34
Méthode.....	35
Population à l'étude.....	35
Gestion des données	38
Mesures.....	38
1. Questionnaire.....	38
2. Tests sérologiques	39
Description des variables.....	39
3. Variable dépendante	39
4. Variables indépendantes	40
Éthique.....	47
Analyses statistiques.....	48
Modèle statistique.....	48
Diagnostic de régression.....	49
Valeurs manquantes.....	49
Résultats	50
Observation des fréquences	50
Analyses bivariées	54

Modèle de régression logistique multivariée	59
Résultats des traitements initiés	62
Diagnostic de régression	62
Résumé des résultats	62
Discussion	63
Taux d'initiation.....	63
Fréquentation des médecins.....	64
Services de traitement d'aide à la dépendance	66
Incarcération	69
Connaissances sur le VHC.....	70
Fréquentation des sites d'échange de seringues.....	70
Efficacité du traitement.....	71
Limites de l'étude	73
Conclusion	76
Bibliographie.....	78
Annexe 1	92
Annexe 2	94

Liste des tableaux

Tableau 1. Contre-indication pour le traitement du VHC.....	23
Tableau 2. Description des variables indépendantes.....	44
Tableau 3. Distribution des 758 participants de la cohorte HEPCO selon l'initiation du traitement de l'hépatite C, les caractéristiques socioéconomiques et démographiques, les habitudes de consommation et la fréquentation des services de santé.....	50
Tableau 4. Analyses bivariées des facteurs associés à l'initiation du traitement de l'hépatite C chez les 758 sujets de la cohorte HEPCO.....	55
Tableau 5. Analyse multivariée pour l'association entre l'initiation du traitement du VHC et les variables indépendantes significatives et indépendamment associées, ajustée pour l'âge et le sexe.....	60
Tableau 6. Tableau croisé du résultat du traitement rapporté par les sujets dans le questionnaire et du réel résultat déterminé par tests d'ARN.....	92

Liste des figures

Figure 1. Résultat de l'infection au VHC.....16

Figure 2. Échantillon à l'étude.....36

Liste des sigles et des abréviations

ARN = Acide ribonucléique

CHUM = Centre Hospitalier de l'Université de Montréal

dll = Degrés de liberté

IC = Intervalle de confiance

ITSS = Infection transmise sexuellement et par le sang

IV = intraveineuse

LSPQ = Laboratoire de santé publique du Québec

p = Probabilité de signification

PEG-IFN = Pegylated interferon-alpha

RC (IC 95%) = Ratio de cotes avec intervalles de confiance de 95%

RVS = Réponse virologique soutenue

SPSS 10 = Statistical Package for the Social Sciences

TAHA = Traitement antirétroviral hautement actif

UDIs = Utilisateurs de drogues par injection

VHC = Virus de l'hépatite C

VIH = Virus d'immunodéficience humaine

σ = écart type

Remerciements

Tout d’abord, je me dois de remercier le Dr. Julie Bruneau qui m’a énormément appris dans mon parcours dans le monde de la santé publique, des maladies infectieuses et sur cette fascinante et distincte population d’utilisateurs de drogues par injection. C’est son inspiration et sa curiosité qui auront permis de façonner ce projet. Ses idées, ses conseils, ses encouragements et son support m’auront fourni un encadrement rêvé, pour développer mon savoir et mes habiletés techniques, même si on avait sans doute tous deux souhaité que mes habiletés d’écriture soient au même niveau que mes habiletés statistiques et informatiques!

J’aimerais aussi remercier les Dr. Didier Jutras-Aswad, Nathalie Grandvaux et Jean-Marie Bamvita dont le support et les conseils auront aidé à la présentation de ce mémoire et à mon encadrement durant ce processus.

Je ne peux évidemment pas passer sous silence tous les travailleurs de la cohorte HEPCO qui, chacun à sa manière, m’auront aidé à mener ce projet à terme. Que ce soit Rachel Bouchard pour l’encadrement et la recherche de certaines informations, Geng Zang pour ses explications au niveau statistique, Élisabeth Deschênes pour être une partenaire de bureau fort agréable et experte en correction de fautes de langue et pour finir, les autres professionnels de la cohorte (Geneviève, Marie-Ève, Maryse et Mélanie), qui ont contribué à égayer notre environnement de travail.

Introduction

Le virus de l'hépatite C (VHC) cause une infection qui est très prévalente parmi les utilisateurs de drogues par injection (UDIs). La transmission du virus se fait principalement par le partage de seringues et de matériel d'injection entre les UDIs. Des traitements pharmacologiques sont disponibles, avec des taux de rémission de l'infection variant de 60 à 90%. Cependant, les traitements disponibles actuellement s'étalent sur plusieurs mois et entraînent plusieurs effets secondaires. De plus, une très faible proportion des UDIs initient un traitement. Les études ont démontré qu'il existe plusieurs obstacles à l'initiation du traitement dans cette population particulière, barrières qui sont autant structurelles, telles que les réticences à offrir le traitement à une personne jugée vulnérable, que générées par la réticence des UDIs. Ce mémoire vise à identifier les caractéristiques favorisant l'initiation du traitement du VHC chez les UDIs, notamment en lien avec les relations qu'ils entretiennent avec le milieu de la santé, puisque ces rapports interpersonnels sont souvent complexes. Plusieurs études ont démontré que le traitement peut être efficace et se sont penchées sur les obstacles socioéconomiques et comportementaux pouvant expliquer son accès limité pour les UDIs. Il est primordial de mieux cerner les liens qu'entretiennent les UDIs avec le milieu de la santé, puisque celui-ci constitue ultimement leur source de traitement. Dans cette étude épidémiologique d'un groupe de 758 UDIs, l'objectif principal est d'examiner les liens entre l'initiation du traitement du VHC et l'utilisation des services de santé, en tenant compte des facteurs socioéconomiques et comportementaux des UDIs. L'hypothèse principale est que la fréquentation des médecins de famille, le suivi de traitements d'aide à la dépendance et la fréquentation des programmes d'échange de seringues seront positivement associés à l'initiation du traitement du VHC. Cette recherche pourrait permettre de mieux comprendre l'impact de ces services sur les UDIs infectés, et d'identifier des comportements ou des contextes modifiables, susceptibles d'être l'objet d'interventions ciblées, pour augmenter l'initiation au traitement.

Recension des écrits

Le VHC et sa transmission

Le VHC est un petit virus à acide ribonucléique (ARN) de la famille des Flaviviridae, subdivisée en six génotypes principaux et plusieurs sous-types. La découverte du virus est attribuable au groupe du docteur Michael Houghton de la corporation Chiron, en 1987 ^{1,2}. De nos jours, il est estimé qu'environ 170 millions de personnes seraient infectées sur la planète, soit 3% de la population ³. Au Canada, on évalue la prévalence entre 0,8 et 1% de la population ⁴. Malgré les années et l'avancement des connaissances sur le VHC, l'infection causée par le virus affecte toujours une importante proportion de la population. L'incidence de nouveaux cas est relativement constante au Canada et dans plusieurs autres pays ⁵.

Bien que le virus ne fût découvert qu'en 1987, l'infection au VHC remonte à bien plus longtemps et il est difficile de savoir exactement à quel moment le virus a infecté l'être humain pour la première fois. La transmission du virus se fait par voie parentérale, donc par contact sanguin. La transmission s'est vraisemblablement accélérée avec l'avancement de la médecine, par les pratiques d'utilisation de seringues et de transfusions sanguines ⁶. Ce n'est que depuis sa découverte qu'on a pu identifier plus formellement les mécanismes de la transmission du virus, et que l'on a pu prendre les mesures nécessaires pour prévenir la transmission en milieu hospitalier. Au Canada, le sang obtenu par don est testé pour la présence du VHC depuis 1990 ⁷. Suite à ces tests systématiques, le taux de transmission par transfusion a drastiquement chuté dans les années 90. Par la suite, en 2000, on estimait l'incidence annuelle chez les utilisateurs de drogues par injection (UDIs) à environ 26% ⁸. Dans les pays développés comme le Canada, la transmission se fait maintenant principalement par l'usage de drogues par injection, et plus rarement par l'usage de drogues par inhalation ^{8,9}. Ailleurs dans le monde, et en particulier dans les pays en développement tels que la Chine, l'Égypte et le Pakistan, pour ne nommer que ceux-là, le matériel d'injection non stérilisé et les

transfusions de produits sanguins contribuent encore significativement aux nouveaux cas déclarés ^{10,11}.

Il est également possible de transmettre le virus lors des rapports sexuels, mais les risques sont relativement faibles. On attribuerait à environ 15% la proportion de nouvelles infections par transmission sexuelle, mais il semblerait aussi que plusieurs de ces infections pourraient être le résultat d'injections non reportées aux autorités médicales ¹². Le risque de transmission semblerait d'ailleurs supérieur lors des rapports par voie anale, puisque les muqueuses sont plus fines et le risque de lésions est accru ¹³. La présence d'autres infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS), notamment le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), permettrait au VHC de se transmettre plus efficacement ¹⁴. Cette influence du VIH sur l'augmentation des risques de transmission du VHC s'explique par l'affaiblissement du système immunitaire, qui rend l'individu plus vulnérable aux infections opportunistes ¹⁵. La transmission mère-enfant est possible à des taux estimés à environ 5% des femmes enceintes positives ¹⁶. Ce risque est accru chez les femmes co-infectées au VIH, chez qui le risque de transmission est estimé à près de 20%.

Au Canada, en 2007, on estimait que plus de 240 000 personnes étaient infectées par le VHC et en 2009, 11 357 nouveaux cas avaient été déclarés ¹⁷. Malgré l'avancement des connaissances sur le VHC, l'infection causée par le virus affecte toujours une importante proportion de la population. Au cours des dernières années, l'incidence de nouveaux cas est restée relativement constante au Canada et dans plusieurs autres pays ⁵. Dans un pays développé comme le Canada, les UDIs forment le bassin de population où le risque de transmission est le plus élevé ^{9,18}. Le partage de seringues et de matériel d'injection en est la cause principale. Toujours au Canada, il est évalué qu'environ 65% des UDIs sont infectés au VHC ¹⁹. Pour la région de Montréal, des résultats de 2007 estiment à 62% la prévalence du VHC chez les UDIs ²⁰.

Les UDIs

Les UDIs forment un groupe ayant plusieurs particularités importantes comparativement à la population générale. Ces personnes forment un groupe hétérogène, parmi lequel on retrouve une fréquence importante de personnes vulnérables, caractérisées par un niveau moyen de scolarité bas, de faibles revenus, des situations de logement précaires, un long historique d'emprisonnement, beaucoup de problèmes psychologiques divers et des dépendances non seulement aux drogues par injection, mais aussi à l'alcool ²¹⁻²⁴.

Les données recueillies entre 2003 et 2007 dans différentes régions de la province de Québec par le réseau SurvUDI, comptant plus de 3 400 sujets, nous démontrent que seulement 28% des UDIs ont atteint un niveau de scolarité supérieur au secondaire et plus de 30% ont une situation domiciliaire précaire ²⁰. Pour ce qui est du niveau d'incarcération dans cette population, une étude menée à Vancouver a rapporté que parmi 902 UDIs, 59% avaient déjà été incarcérés depuis qu'ils avaient commencé à s'injecter des drogues ²³. De plus, 47% d'entre eux avaient fréquenté un pénitencier durant la période de suivi de 2 ans de l'étude. Au niveau psychologique, une étude de 2001 a observé dans un groupe de 116 UDIs que 49% d'entre eux avaient un antécédent de troubles de l'humeur et 53% de troubles anxieux. De plus, 35% des sujets avaient déjà fait une dépression majeure. Finalement, une étude portant sur la consommation d'alcool des jeunes UDIs, de la région de San Francisco, a estimé que 43% des UDIs avaient des habitudes de consommation risquées et 25% avaient une probable dépendance à l'alcool ²⁵.

Tel que vu précédemment, le partage de seringues est la voie de transmission la plus à risque et la plus répandue au Canada. Beaucoup d'effort a été déployé au cours des dernières années afin d'éduquer les UDIs sur les bonnes techniques d'injection. Cela a eu des effets positifs sur la durée d'injection avant infection, selon les résultats révélés dans une méta-analyse des études portant sur la prévalence du VHC entre 1989 et 2006 ²⁶. Dans un rapport du directeur de la santé publique de Montréal, on mentionne la

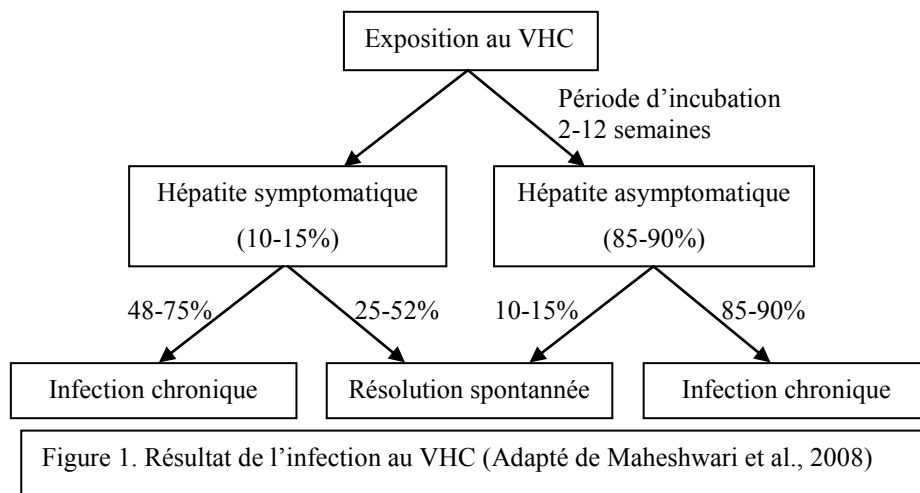
proportion d'UDIs partageant des seringues serait passé de 50% à 27% entre 1995 et 2007 ²⁷. Cependant, même dans des populations où le partage de seringues est peu fréquent, on remarque que le partage de matériels de préparation reste relativement commun ^{28,29}. En effet, il a été démontré que le partage de matériels autre que les seringues, tels que les contenants métalliques (« cooker »), les cotons de filtration et l'eau de rinçage, peut aussi contribuer à la transmission du VHC et VIH en contaminant des seringues pourtant stériles. Les UDIs s'infectent donc en raison de pratiques d'injection non sécuritaires. Ce risque est également présent en milieu carcéral où on n'observe pas de changement dans la consommation de drogues ³⁰ et où le partage de seringues et matériels est fréquent ^{23,31}. Les UDIs, qui en grande proportion seront incarcérés à moment ou un autre, sont donc toujours à risque de s'infecter dans cet environnement. Un autre facteur de risque important de transmission du VHC, pour les UDIs, est l'usage de la cocaïne comparativement à l'héroïne ³². Les cocaïnomanes s'injectent plus souvent et la drogue a un effet de désorganisation plus important, rendant ces personnes plus vulnérables à la transmission de virus.

Ces particularités démontrent que les UDIs ont un mode de vie rude et parsemé de problèmes. Ceci fait également d'eux un groupe souvent stigmatisé et reclus de la société ^{33,34}. Ce stigma se reflète au niveau médical où les UDIs ne sentent pas qu'on leur fait confiance et perçoivent ne pas recevoir le même niveau de soin en raison de leur mode de vie. Ceci en fait un groupe difficile à rejoindre par les autorités médicales et les suivis médicaux peuvent être compliqués, puisque les UDIs auront tendance à ne pas leur faire confiance. Subséquemment seront décrites de quelles manières ces particularités peuvent être sources de problèmes lorsque vient le temps d'accéder au milieu médical pour des soins, notamment pour le traitement du VHC.

Les conséquences de l'infection

Suite à la transmission du virus, il y a une période d'incubation de deux à douze semaines. Ensuite, les personnes sont considérées comme étant en phase aiguë de

l'infection pendant une période pouvant s'étendre jusqu'à six mois. Dans 85% des cas, la phase infectieuse aiguë est asymptomatique. Le symptôme le plus fréquent de la présence du virus est la jaunisse, qui se caractérise par une teinte jaunâtre de la peau et constitue un signe de lésion des cellules hépatiques. À moins de dépistages réguliers des particules virales ou des anticorps du VHC, l'infection n'est souvent pas diagnostiquée en phase aiguë. Par conséquent, plusieurs personnes infectées ignorent leur statut sérologique et peuvent propager le virus ³⁵. Selon les études, jusqu'à un tiers des patients vont spontanément éliminer le virus ³⁵. C'est-à-dire que l'ARN du virus n'est plus détectable dans le sang du patient, qui n'est donc plus infecté. Ce phénomène se produit plus souvent chez les sujets symptomatiques. Les facteurs déterminant quels patients éliminent spontanément le virus sont encore mal compris ^{36,37}. Il semblerait que les facteurs sociaux et comportementaux n'auraient pas d'influence, mais que la génétique des individus dicterait l'importance de la réponse du système immunitaire et subséquemment l'élimination du virus.



Si l'infection n'est pas résolue spontanément dans les 6 premiers mois, elle est considérée chronique. Comme dans la phase aiguë, celle-ci peut être complètement asymptomatique, et il peut s'écouler typiquement entre 10 à 20 ans, parfois plus, avant que les complications n'apparaissent ³⁸. C'est-à-dire qu'après la phase aiguë, les niveaux d'ARN et d'enzymes hépatiques diminuent et les patients ne ressentent généralement pas d'effets négatifs sur leur santé. Des symptômes systémiques peuvent néanmoins se

manifester tels que de la fatigue, une perte de poids, un état pseudo-grippal, des douleurs musculaires, une fièvre peu élevée et intermittente, des démangeaisons, des troubles du sommeil et des douleurs abdominales.

On estime entre 20 et 25% la proportion de personnes infectées qui vont développer une cirrhose du foie ³⁹. La cirrhose du foie est une maladie chronique résultant en un bouleversement de la structure hépatique par un processus de destruction des cellules et de régénération désordonnée de celles-ci. Il est possible de ralentir la progression de la cirrhose, mais pas de la renverser. Même après diagnostic de cirrhose, les patients peuvent vivre plusieurs années sans complications hépatiques importantes ⁴⁰. L'insuffisance hépatique due à la cirrhose peut cependant devenir irréversible, et le seul traitement disponible est alors la transplantation hépatique. Une mesure limitée par des critères de sélection stricts des patients (excluant notamment les personnes alcooliques ayant consommé dans les derniers 6 mois), l'expertise médicale, chirurgicale et les plateaux technologiques nécessaires, en plus de la faible disponibilité d'organes. Parmi les personnes infectées par le VHC qui développent la cirrhose, de 20 à 25 % vont en décéder ⁴¹. Une autre importante complication causée par le VHC est le carcinome hépatocellulaire, la forme la plus fréquente de cancer du foie. Dans une étude épidémiologique, on a estimé que l'incidence de ce carcinome chez des patients ayant le VHC est d'environ 5% sur 5 ans de suivi ⁴². Cette forme de cancer peut être rapidement mortelle. Si la tumeur ne peut pas être excisée complètement, la survie peut être aussi faible que 3 à 6 mois.

La progression clinique est différente chez les sujets co-infectés au VIH et VHC. La présence du VIH et son impact sur le système immunitaire tend à accélérer la progression de la fibrose hépatique ⁴³. Les mécanismes responsables de la synergie entre les deux infections sont encore mal compris ⁴⁴. L'affaiblissement du système immunitaire par le VIH contribuerait à accélérer la progression du VHC. De plus, on affirme que le traitement antirétroviral hautement actif (TAHA) contre le VIH, qui a des

effets hépatotoxiques, contribuerait à l'accélération de la fibrose chez les sujets co-infectés. Au Québec, on a estimé que 22% des UDIs ayant le VHC sont aussi infectés au VIH ²⁰. Le traitement des deux infections en même temps est possible et on suggère de le considérer au cas par cas, mais il faut s'assurer que les patients auront une bonne adhérence. Ces traitements sont rigoureux et ont plusieurs effets secondaires. Ils exigent un suivi étroit, afin d'assurer l'adhérence au TAHA et la complétion du traitement du VHC ⁴⁵.

On constate donc que sans traitement, l'infection au VHC peut mener à des complications importantes et potentiellement mortelles. De plus, les complications dues à l'infection chronique ont un impact social et monétaire important. Il est financièrement plus efficace de traiter l'hépatite au VHC non compliquée que de traiter la cirrhose, le carcinome hépatocellulaire, ou de procéder à des transplantations hépatiques, selon des études menées aux États-Unis et au Royaume-Uni ^{46,47}. Dans l'étude américaine, on compare rétrospectivement les coûts de services médicaux et médicaments entre des personnes infectées au VHC et des sujets témoins, appariées selon l'âge et le sexe. Cette étude estime que les coûts annuels reliés au VHC excédaient à eux seuls les coûts totaux en services de santé et médicaments fournis aux individus témoins. Les coûts engendrés par le VHC sont donc considérables et l'étude conclut qu'un traitement précoce, avant le développement de la cirrhose, serait économiquement bénéfique. L'étude britannique fait une analyse coût-efficacité entre traiter les UDIs, traiter les anciens ou non-UDIs et ne pas traiter les personnes VHC positives. Les résultats démontrent que le risque de réinfection n'est pas suffisant pour refuser le traitement aux UDIs et que le traitement de l'infection est la voie la plus efficace économiquement. Une autre étude américaine révèle que l'impact du VHC sur le système de santé va largement augmenter au cours des prochaines années, en raison du vieillissement des personnes atteintes ⁴⁸. La proportion de patients infectés et atteints de cirrhose passerait de 16 à 32% avant 2020. D'autres complications pourront également manifester une tendance à la hausse: décompensation hépatique (augmentation de 106%), carcinome hépatocellulaire (augmentation de 81%) et décès reliés aux problèmes hépatiques (augmentation de

180%). Puisque les coûts reliés à la maladie vont vraisemblablement aller en augmentant, il semble important d'améliorer l'accès au traitement afin d'amener à la guérison le plus d'individus possible. La communauté scientifique préconise donc une approche visant à traiter l'infection plutôt que les complications qui en résultent.

Le traitement du VHC

La section précédente a traité des impacts négatifs de l'infection du VHC, lorsque non traitée. Le traitement de l'infection du VHC est possible depuis plusieurs années et est régulièrement ajusté afin d'être plus efficace. Bien que l'hépatite C (autrefois appelée hépatite non-A non-B) fut décrite dans les années 70, le virus ne fut découvert qu'en 1987 par le groupe du docteur Michael Houghton de la corporation Chiron. C'est ensuite en 1991 que l'interféron- alpha fut la première molécule considérée dans le traitement de l'hépatite C. L'interféron-alpha a été largement étudié depuis les années 50 et utilisé dans le traitement d'infections virales depuis les années 70, notamment l'herpes et l'hépatite B ⁴⁹. L'administration de l'interféron-alpha se fait par injection sous-cutanée. En général, le traitement consistait en trois injections par semaine pendant 48 semaines. Le taux de réponse virologique soutenue (RVS) était faible, soit de 9 à 30% en moyenne selon le génotype du virus ⁶

Dans les années qui ont suivi, le traitement du VHC a subi deux changements majeurs. Tout d'abord, en 1998 il y a eu l'addition d'une molécule antivirale, la ribavirine. D'abord considérée seule pour le traitement, elle démontra ensuite une synergie avec l'interféron-alpha. À ce moment, la dose d'interféron était la même, mais les patients prenaient aussi de 800 à 1200mg de ribavirine par jour. Le second changement majeur fut la conjugaison de l'interféron-alpha avec le polyéthylène pour former le peginterféron-alpha (PEG-IFN). Cette conjugaison augmente le temps de demi-vie de la molécule de 5 à 90 heures, réduisant le nombre d'injections nécessaires. Avant la moitié

des années 2000 à 2010, on était maintenant passé à des taux de RVS allant jusqu'à 82% pour les génotypes 2 et 3 ^{6,49}.

Encore aujourd'hui, le PEG-IFN et la ribavirine sont les molécules utilisées pour le traitement du VHC. Une recension de plusieurs études longitudinales sur l'efficacité du traitement a permis d'estimer les taux de RVS autour de 50% pour le génotype 1 et 75% pour les génotypes 2 et 3 ⁵⁰⁻⁵³. Les régimes de traitement varient selon le génotype du virus et les réponses virologiques aux différents stades du traitement. Le traitement du génotype 1 est généralement plus long, soit deux ans et plus en phase chronique, comparativement à entre un et deux ans pour les génotypes 2 et 3 ⁴. Le traitement en phase aiguë est moins long, soit de 12 à 24 semaines et ne nécessite que le PEG-IFN.

Le traitement avec le PEG-IFN et la ribavirine cause de nombreux effets secondaires. Les effets secondaires pouvant mener à l'arrêt de la prise de ces produits comprennent entre autres : anémie, neutropénie, thrombocytopénie, complications dermatologiques sérieuses, dépression, pancréatite, hépatite auto-immune, diabète, hypothyroïdie et problèmes ophtalmologiques graves ⁵⁴⁻⁵⁶. Le traitement a donc des effets sur plusieurs systèmes tels que gastro-intestinal, cardiovasculaire, immunitaire, pulmonaires, oculaire et la peau. La cessation du traitement peut être nécessaire en cas d'effets secondaires trop importants. Dans une étude sur l'adhérence au traitement du VHC aiguë ²², 18% des participants ne l'avaient pas complété. Les raisons mentionnées pour l'arrêt volontaire de la prise du produit par les participants étaient des problèmes d'ordre psychologique, tels que dépression, changements d'humeur, insomnie et fatigue/malaise. Dans une autre étude sur le VHC chronique ⁵⁷, les symptômes de dépression étaient la raison principale de cessation de traitement pour les 35% de participants n'ayant pas complété le traitement.

Présentement, plusieurs nouvelles thérapies prometteuses sont à l'essai pour le traitement du VHC ⁵⁸. Les deux premières molécules (Boceprevir et Telaprevir),

commercialisées depuis 2011 au Canada, et qui sont prescrites en combinaison avec le PEG-IFN et la ribavirine, permettent déjà une augmentation de la réponse au traitement pour les personnes infectées avec le génotype 1⁵⁹⁻⁶². Les thérapies disponibles dans les prochaines années augmenteront vraisemblablement les taux de RVS avec des durées de traitement plus courtes. Le désavantage des nouvelles thérapies est qu'elles sont actuellement plus complexes à administrer, plus dispendieuses et elles comportent, pour plusieurs, plus d'effets secondaires. Considérant les difficultés de suivis médicaux accrues pour les UDIs, cette augmentation des effets secondaires pourrait se poser comme un défi supplémentaire pour le traitement de ces patients. En revanche, d'ici quelques années, le PEG-IFN pourra vraisemblablement être éliminé du traitement du VHC⁶³, le traitement devenant essentiellement par voie orale et sur des périodes plus courtes. Cette perspective permet d'entrevoir une accessibilité plus grande au traitement, mais seulement dans la mesure où la première ligne médicale est mobilisée, et que les services sont adaptés pour les UDIs.

Il est donc important d'avoir un bon suivi des patients sous traitement. Tout particulièrement chez les UDIs, il est important d'avoir un bon suivi de l'état psychologique des patients. Tel que vu précédemment, les UDIs ont un important historique de troubles psychologiques qui pourraient être exacerbés par le traitement. L'incidence de d'apparition de symptômes de dépressions varie entre 20 et 60% des participants⁵⁶. La santé mentale des patients doit donc être un aspect qu'il convient particulièrement d'évaluer avant et durant le traitement, afin de maximiser les chances de réussite du traitement.

Au niveau local, l'agence de la santé et des services sociaux de Montréal (ASSSM) a établie un plan de six stratégies, afin d'améliorer l'efficacité des interventions auprès des UDIs²⁷ :

1. joindre davantage les groupes les plus vulnérables
2. augmenter l'accès au matériel de protection

3. accroître l'accès aux services de dépistage et aux services psychosociaux de proximité
4. mieux organiser le traitement
5. favoriser l'autonomisation
6. influencer les politiques publiques.

Ces mesures impliquent plusieurs niveaux d'intervention auprès des UDIs et visent à mener à un meilleur suivi médical de ces personnes et ainsi diminuer la propagation des ITSS et l'initiation de traitements.

Quelques modèles de traitement ont émergé au cours de la dernière décennie, privilégiant les équipes multidisciplinaires ⁶⁴. Le groupe OASIS, en Californie a ainsi développé un programme de traitement du VHC permettant de largement engager, éduquer, tester et traiter les UDIs. Le programme incorpore des éléments de services au niveau de l'addiction, des problèmes mentaux et psychosociaux, en plus de groupes d'entraide. Ce genre d'équipe a été démontré efficace à Vancouver ⁶⁵, où on y retrouve une équipe offrant des traitements de l'addiction (incluant la méthadone), des échanges de seringues et des conseils. On y retrouve plusieurs médecins, infirmières et conseillers en drogue et alcool. Parmi ce groupe d'UDIs, les premiers résultats démontrent que 54% des participants infectés ont accepté de se faire évaluer pour le traitement du VHC et 28% l'ont initié (soit 52% de ceux ayant été évalués). On constate que ces programmes sont efficaces dans leur capacité de rejoindre, évaluer et tester les UDIs. Les résultats sont aussi encourageants au Connecticut, où les résultats préliminaires d'une étude randomisée démontrent une adhérence au traitement et des résultats de RVS supérieurs chez les sujets suivis par l'équipe multidisciplinaire supervisant notamment la prise de médicaments ⁶⁶. Comme autre exemple, le projet ECHO au Nouveau Mexique utilise une différente approche, en offrant de l'éducation, des conseils et du support aux médecins de famille au sujet du VHC afin de créer un réseau multidisciplinaire de soin ^{67,68}. Les résultats préliminaires de ce groupe démontrent des taux de RVS similaires à ceux obtenus dans des milieux de traitement spécialisés en VHC. En raison de la nature

du traitement et aussi du caractère particulier des UDIs, il est important d'avoir un suivi étroit et efficace par un personnel qualifié. Pour ces raisons, les équipes de traitement multidisciplinaires seront privilégiées dans les années à venir.

Les lignes directrices canadiennes

Les lignes directrices canadiennes prévoient des cheminements de traitement détaillés selon les phases aiguë et chronique. Si l'infection est détectée suffisamment tôt, il est préférable de débiter un traitement lors de la phase aiguë ⁶⁹. Non seulement le traitement y est plus efficace, mais il est aussi moins long et n'utilise que le PEG-IFN, ce qui réduit les risques d'effets secondaires importants. Les lignes directrices canadiennes mettent l'accent sur la recherche des personnes à risque d'être infectées, afin d'accroître le dépistage et le traitement. Autant que possible, on souhaite traiter le plus de gens possible en phase aiguë, afin de maximiser l'efficacité et réduire les complications. Pour ce qui est de la phase chronique, il n'y a pas de critère précis pour décider du moment préférable pour l'initiation du traitement. Les médecins traitants doivent considérer les risques de progression de la maladie, la probabilité de réponse favorable au traitement, les risques d'effets secondaires, les comorbidités et évidemment tenir compte de l'avis du patient. Le fibroscan et dans certains cas la biopsie est particulièrement suggérée avant de prendre une décision sur l'initiation du traitement. Le fibroscan est une élastographie ultrasonore permettant d'évaluer la rigidité du foie et ainsi déterminer l'état de la fibrose ⁷⁰.

Le tableau 1 dresse la liste des contre-indications au traitement publiées en 2007. On remarque que plusieurs facteurs ne sont plus des contre-indications et que les autres sont relatives ou non absolues. On suggère aux médecins d'évaluer les patients au cas par cas afin de déterminer si ceux-ci pourront efficacement suivre le traitement.

Tableau 1. Contre-indication pour le traitement du VHC (adapté de Myers et al., 2012)

Conditions qui ne sont plus des contre-indications	Niveau d'alanine aminotransférase normal
	Stable sous traitement de substitution à la méthadone
	Neutropénie, anémie et thrombocytopénie
	Épilepsie contrôlée
	Âgé de plus de 65 ans
	Consommation d'alcool
	Utilisation de drogues par injection
Contre-indications relatives	Dépression majeure
	Psychose majeure
	Maladie auto-immune
	Défaillance rénale (incluant la dialyse)
Contre-indications fortes, mais non absolues	Abus d'alcool
	Décompensation hépatique
	Cardiopathie coronarienne
	Transplantation d'organe (sauf le foie)
Contre-indications absolues	Femmes enceintes

Comme on peut le voir dans le tableau, pour le traitement des UDIs, l'usage de drogues par injection n'est plus une contre-indication. Un changement de mentalité s'est opéré au courant des dernières années, puisqu'en 2007 la contre-indication était relative. Avant 2007, la contre-indication sur l'usage de drogues par injection était absolue. Les UDIs étaient alors considérés inaptes à recevoir le traitement.

Ces lignes directrices canadiennes quant au traitement du VHC, notamment chez les UDIs, s'inscrivent dans un effort international afin d'accroître la portée et l'efficacité du

traitement. Les lignes directrices américaines et européennes sont très similaires à celles du Canada quant aux facteurs d'exclusions et types de lignes de traitements offertes selon la phase de l'infection, le génotype et l'état de santé ^{71,72}. Au début des années 2000, les lignes directrices des pays européens étaient divisées quant à l'offre du traitement aux UDIs ⁷³. Seulement la France acceptait d'offrir le traitement tandis que quelques pays (le Royaume-Uni, l'Autriche et la Finlande) requéraient que les patients soient sous traitement de substitution à la méthadone et les autres exigeaient l'abstinence. Maintenant, en Europe comme aux États-Unis et au Canada, on prône l'évaluation des patients au cas par cas et un suivi étroit par des équipes multidisciplinaires. Même situation au niveau de la co-infection au VIH où partout on suggère de traiter les deux infections si possible.

Efficacité du traitement chez les UDIs

Ces changements dans les lignes directrices du traitement au sujet des UDIs sont en partie le résultat de plusieurs études ayant démontré son efficacité, même chez des sujets qui continuent à s'injecter des drogues. Les taux de RVS observés parmi les patients UDIs ne sont pas significativement différents de ceux observés chez les patients qui ne s'injectent pas. En effet, deux études publiées au début des années 2000 ^{74,75} ont démontré des taux de RVS semblables entre les injecteurs actifs (28 et 37%) et les patients qui ne consomment pas (21 et 33%). Dans la première étude, menée en France, 435 sujets infectés ont été suivis longitudinalement en moyenne 2,5 ans. Aucune différence n'a été notée au niveau de l'adhérence au traitement et des taux de RVS, soit de 28% pour les UDIs et 21% pour les sujets ne consommant pas. Dans l'autre étude, en Illinois, rétrospective cette fois, deux groupes de 120 sujets ont été comparés. Un groupe de récents injecteurs et un groupe témoin. Chez les récents injecteurs, on a démontré des taux de RVS de 37% chez les récents injecteurs versus 33% chez les individus témoins. Tel que vu précédemment, à cette époque, seulement l'interféron était administré, expliquant en partie les RVS plutôt faibles.

Par la suite, une étude par Grebely et al. publiée en 2007 ⁷⁶, cette fois avec ribavirin et PEG-IFN, a démontré un taux de RVS très satisfaisant de 55% parmi un groupe d'anciens et actuels UDIs. Même constat en 2008 dans une étude effectuée par Bruggman et al. ⁷⁷. Parmi les 500 patients en phase chronique, dont 199 UDIs, les taux de RVS étaient de 69% pour les UDIs et 60% pour les autres. Au niveau de l'adhérence au traitement, 66% des UDIs ont pris au moins 80% des doses prescrites, comparativement à 61% pour le groupe contrôle. Cette étude n'a donc pas décelé de différence au niveau de l'efficacité, ni de l'adhérence au traitement. Finalement, une étude de 2010 par Manolakopoulos et al. ⁵⁷ a séparé 175 sujets en trois groupes, soit : sujets sous traitement de substitution, injecteurs actifs et anciens injecteurs. Globalement, le taux de RVS était de près de 70%, sans différence significative entre les trois groupes. L'étude en vient à la même conclusion que les deux autres études, soit que les UDIs peuvent efficacement suivre un traitement du VHC et rajoute également que les patients sous traitement de substitution ont des résultats tout aussi satisfaisants. Dans toutes ces études, les sujets étaient étroitement suivis par des équipes multidisciplinaires, telles que celles présentées précédemment.

Les barrières à l'initiation du traitement

Malgré les efforts mis en place afin de favoriser le traitement du VHC des UDIs et les preuves que le traitement est efficace parmi cette population, encore très peu d'UDIs initient celui-ci. Les taux d'initiation de traitement du VHC dans des cohortes communautaires d'UDIs, à Vancouver et Baltimore, se chiffrent autour de 5% ^{78,79}. En contrepartie, dans une clinique externe spécialisée en hépatologie, 38% des UDIs avaient initié un traitement ⁸⁰. Même constat dans une cohorte d'UDIs recrutés en milieu clinique où 27% avaient initié un traitement ⁸¹. Il semble clair qu'il est aisé de recruter des UDIs pour le traitement lorsqu'ils sont déjà accoutumés au réseau médical comme c'est le cas dans les cohortes de sujets recrutés en clinique. Globalement, comme l'illustrent les résultats des cohortes communautaires, peu d'UDIs se font traiter, possiblement parce qu'ils sont peu familiers avec le milieu médical. En revanche, avec un effort accru afin d'atteindre les UDIs dans la communauté, il serait possible d'arriver à en traiter plus.

Plusieurs études ont été menées au sujet des barrières rendant l'initiation du traitement chez les UDIs difficile. Tout d'abord, il y a plusieurs facteurs socioéconomiques relatifs aux UDIs qui rendent leur cas trop précaire pour être considéré, mais il y a aussi un nombre de craintes chez les médecins qu'il faut dépasser avant d'envisager le traitement.

Si on s'intéresse d'abord aux facteurs relatifs aux UDIs, une étude de 2008 par Grebely et al. ⁸² révèle les raisons pour lesquelles 153 UDIs sur 188 (84%) n'avaient pas tenté d'initier un traitement. Ces raisons sont : le manque d'information sur le VHC ou connaissances sur le traitement (23%), l'absence de symptômes (20%) et la crainte des effets secondaires (14%). Dans cette étude, comme dans plusieurs autres ⁸³⁻⁸⁵, la volonté de se faire traiter était très élevée lorsque les sujets étaient informés au sujet du traitement, soit entre 70 et 80% des UDIs. Le manque d'information et connaissances semble donc jouer un rôle important.

Une étude qualitative menée auprès de 164 UDIs dans plusieurs villes des États-Unis corrobore ces mêmes résultats ⁸⁶. Le but de l'étude était d'examiner l'attitude des UDIs face au traitement du VHC. Les sujets ont exprimé des craintes par rapport aux effets secondaires du traitement. Cette crainte se propage par bouche à oreille entre UDIs, le traitement étant décrit comme rendant très malade. Les UDIs disaient ne pas désirer le rude traitement puisqu'ils n'avaient pas de symptômes négatifs reliés à leur infection. Ils ne voient pas l'intérêt de traiter une maladie qui ne les affecte pas pour le moment. Un dernier point intéressant relevé par l'étude est l'influence du VIH sur la perception du VHC. La crainte générée par la grande couverture médiatique sur le VIH relègue le VHC au second plan, qui est considéré trivial par les UDIs. Ce dernier point démontre le manque de connaissances au niveau du VHC dans la communauté.

Du côté des professionnels de la santé, on retrouve différentes raisons pour lesquelles le traitement n'est pas plus largement proposé. Dans une étude de 2008 menée à Ottawa parmi 102 UDIs co-infectés au VIH et VHC ⁴⁵, la principale raison pour laquelle les médecins avaient refusé le traitement du VHC aux UDIs est parce que le traitement du VIH était jugé plus important. Aujourd'hui, on recommande d'envisager les deux traitements et ne plus favoriser le VIH. D'autres raisons d'importance étaient des dommages hépatiques trop minimes, des problèmes psychologiques et l'abus d'alcool. Seulement 3 sujets ont rapporté l'abus de drogues comme raison pour ne pas initier de traitement.

Les médecins ont généralement deux craintes par rapport au traitement du VHC chez les UDIs : les risques accrus de réinfection et du fort potentiel de non-adhérence au traitement ⁸⁷. Il est vrai que par leur mode de vie, les UDIs sont plus susceptibles de se réinfecter après RVS, puisque le partage de seringue est le moyen le plus courant de transmission de l'infection. Des études ont cependant démontré que les taux de réinfections étaient bas chez les UDIs ^{88,89}. Les présents efforts de réduction des méfaits doivent quand même être valorisés afin d'accroître les chances de maintenir les UDIs en

santé et éviter qu'ils ne s'adonnent à des pratiques d'injection risquées. Il faut continuer d'éduquer les UDIs sur les bonnes pratiques d'injection, les pousser à utiliser les sites d'échange de seringues et à suivre des traitements d'aide à la toxicomanie ou de substitution.

Pour ce qui est de l'adhérence au traitement, l'usage des drogues et d'alcool a été associé à la mauvaise adhérence aux traitements médicaux dans le cadre d'études sur le VIH ^{90,91}. Pour cette raison, l'accessibilité à des programmes spécifiques aux UDIs permet de réduire les risques de mauvaise adhérence ⁹²⁻⁹⁴. L'usage de traitement de substitution à la méthadone a également été démontré comme ayant des impacts positifs sur l'adhérence au traitement ^{92,95}. On préconise ainsi l'approche multidisciplinaire afin de pallier aux différents problèmes pouvant survenir au cours du traitement ⁹⁶.

Bref, la voie vers l'initiation du traitement du VHC chez les UDIs est parsemée d'obstacles au niveau des UDIs eux-mêmes, mais aussi au niveau des milieux de santé. L'amélioration du nombre d'UDIs initiant un traitement semble dépendre d'un effort d'information sur le VHC et son traitement, et à accroître l'accessibilité à des services spécifiques aux UDIs.

Les UDIs et les contacts avec les services de santé

Il y a donc lieu de s'intéresser aux relations qu'entretiennent les UDIs avec le milieu de la santé. Tel que vu à la section précédente, il y a une réticence des médecins à fournir des services médicaux aux UDIs. Une récente étude pancanadienne a été menée, auprès de 222 médecins spécialistes en gastroentérologie, maladies infectieuses et hépatologie, au sujet de leur attitude face aux UDIs infectés au VHC et leur volonté à les traiter ⁹⁷. L'étude a révélé que seulement 20% des médecins étaient favorables à fournir un traitement à un UDIs. En revanche, la vaste majorité des médecins (90%) se disaient prêts à traiter les anciens UDIs stables en rémission sous traitement de substitution à la

méthadone. Dans les conclusions d'une autre étude sur la relation des médecins de famille canadiens et le traitement de l'hépatite C, on affirmait que les médecins de famille devaient prendre part dans le modèle multidisciplinaire du traitement du VHC, qu'il fallait mieux les éduquer sur le VHC afin d'offrir plus largement le traitement et réduire le fardeau des médecins spécialistes ⁹⁸. Présentement, les médecins de famille préféreraient référer directement aux spécialistes quant à l'offre de services de santé relatifs au VHC ⁹⁹.

Dans une étude impliquant 322 sujets atteints du VHC, 41% d'entre eux avouaient avoir des problèmes de communication avec leur médecin traitant ¹⁰⁰. On constate que chez les sujets atteints du VHC, il y a une perception de stigmatisation et d'abandon par les médecins. Il est difficile pour eux d'établir une relation de confiance avec leur médecin. En contrepartie, dans des études sur le traitement du VIH, la qualité des rapports entre les patients et le médecin traitant a été évaluée et fut démontrée comme un facteur significatif à l'adhérence et l'efficacité de la thérapie antirétrovirale ^{101,102}. En améliorant les relations entre patients et médecin traitant, il est possible d'améliorer les résultats des traitements.

On trouve peu de renseignements spécifiques à la relation des UDIs avec les médecins et encore moins les services spécifiques qu'ils utilisent et la fréquence de leur utilisation. On ne peut qu'extrapoler sur la faible confiance qu'ont généralement les UDIs envers les institutions et leur tendance à s'isoler socialement; ce qui mènerait à des rapports diffus et compliqués avec le milieu hospitalier. Ce que l'on sait par contre, c'est qu'ils fréquentent beaucoup les hôpitaux en cas d'urgence ¹⁰³, mais ceci ne favorise pas nécessairement l'initiation du traitement du VHC.

Les contacts avec les services de santé ne s'évaluent pas seulement par les visites chez le médecin, il y a aussi des services communautaires, tels que les sites d'échange de seringues qui peuvent fournir de l'information et référence par rapport au VHC. Ces

centres d'échanges sont très présents dans les milieux urbains et utilisés par une bonne proportion d'UDIs, variant d'environ 25 à 50% dépendamment des études ¹⁰⁴⁻¹⁰⁶. Ces endroits sont principalement fréquentés par des UDIs en situation socioéconomique plus précaire et consommant plus de drogues. Bien que s'adressant à une clientèle potentiellement plus difficile à rejoindre et traiter, ces centres offrent quand même des informations utiles et pourraient servir de première porte d'entrée vers le traitement. Par exemple, au centre Cactus, situé au centre-ville de Montréal, les UDIs peuvent recevoir des informations et références sur le VIH, le VHC et les autres ITSS, en plus d'avoir accès à un support psychosocial adapté à leurs besoins spécifiques ¹⁰⁷. Les centres d'échange de seringues ont été démontrés comme ayant un impact positif sur la réduction des risques de transmission ¹⁰⁸, mais on ne retrouve rien dans la littérature quant à un potentiel effet de référence au traitement du VHC.

Dans la même veine, les différents traitements d'aide à la dépendance aux drogues peuvent aussi s'avérer d'importantes portes d'entrée au milieu médical. Le traitement le plus étudié et dont l'impact positif est le plus démontré est le traitement de substitution à la méthadone, mais il y a aussi d'autres services tels que les unités de désintoxication (médicale ou non), les communautés thérapeutiques, les groupes d'entraide tels que les alcooliques anonymes et narcotiques anonymes et les thérapies externes ou internes. L'efficacité de la méthadone a été démontrée pour la réduction de la consommation et des pratiques d'injection à risque ¹⁰⁹. Les UDIs recevant de la méthadone ont généralement un bon suivi médical et sont considérés plus aptes à recevoir un traitement du VHC ^{4,95}. Il est plus difficile de trouver dans la littérature des études portant sur l'influence des autres programmes d'aide à la dépendance sur le traitement du VHC. Tout comme pour les sites d'échange de seringues, ces programmes offrent généralement de l'assistance au niveau du VHC, mais aussi des examens médicaux, des tests de dépistages et parfois même le traitement ¹¹⁰. Ces moments, où les UDIs tentent de mieux gérer leur problème de consommation et où ils sont en contact avec des professionnels de la santé, semblent être des occasions propices à l'initiation du traitement du VHC.

Conclusion de la recension des écrits

L'infection à l'hépatite C est un problème croissant dans le système de santé actuel avec le vieillissement du bassin de personnes infectées et les complications médicales qui y sont reliées. Une forte proportion de Canadiens est infectée par le VHC et les impacts sociaux et économiques de cette infection sont appelés à s'accroître. Les UDIs étant le groupe de la population le plus affecté par l'infection, la réduction de la prévalence de l'infection et des coûts sociaux qui y sont reliés passe nécessairement par la prise en charge de ce groupe. Malheureusement, c'est un groupe ayant de nombreux problèmes socioéconomiques et comportementaux qui rendent les efforts, pour les rejoindre et les dépister, compliqués, en plus de limiter leur accessibilité au traitement.

Bien que les autorités médicales aient comme objectif d'offrir plus de services et de traitements aux UDIs, de nombreuses barrières sont toujours présentes dans la communauté et un effort de rapprochement entre UDIs et professionnels de la santé doit s'opérer. Il semble clair que les UDIs pourraient être mieux informés et guidés par rapport au VHC et son traitement, puisque cette infection ne semble pas suffisamment les préoccuper. Il y a aussi place à offrir plus de l'information aux médecins, puisque peu d'entre eux semblent désireux et outillés pour offrir de l'aide au niveau du VHC, notamment les médecins de famille.

La venue de nouveaux traitements plus efficaces est encourageante dans l'optique de la réduction de la prévalence de la maladie. Cependant, ces traitements comporteraient plus d'effets secondaires. Les bonnes relations entre UDIs et médecins seront d'autant plus importantes et les équipes multidisciplinaires feront face à de nouveaux défis. Il semble qu'on soit à une époque charnière au niveau du traitement du VHC. Le moment est propice pour examiner les contacts qu'entretiennent les UDIs avec les services de santé afin de bien orienter les futures pratiques. Tout particulièrement, quels sont les services

utilisés par les UDIs et comment ces services influencent-ils le processus d'initiation du traitement du VHC?

Objectif et questions de recherche

Le projet de recherche présenté dans ce mémoire vise à identifier les facteurs associés à l'initiation du traitement du VHC par les UDIs, qui forment un bassin de population difficile à rejoindre et mal perçu dans le milieu médical.

L'objectif principal est d'examiner les liens entre l'initiation du traitement du VHC et l'utilisation des services de santé, en tenant compte des facteurs socioéconomiques et comportementaux des UDIs. Les questions de recherche et hypothèses qui en émergent sont les suivantes :

- 1- Les UDIs qui ont initié un traitement du VHC ont-ils des rapports différents avec les médecins?
 - Il y aura une association positive entre la fréquentation d'un médecin de famille dans les six mois précédents le questionnaire et l'initiation du traitement du VHC.
- 2- Les UDIs qui ont initié un traitement du VHC fréquentent-ils plus les centres d'échange de seringues?
 - Il y aura une association positive entre la fréquentation des sites d'échange de seringues et l'initiation du traitement du VHC, puisqu'on y retrouve des informations sur l'infection.
- 3- Les UDIs qui ont initié un traitement du VHC ont-ils été plus longtemps sous traitement d'aide à la dépendance aux drogues?
 - Il y aura une association positive entre le temps sous traitement d'aide à la dépendance et l'initiation du traitement du VHC

Méthode

Population à l'étude

Les sujets à l'étude ont été sélectionnés parmi la cohorte HEPCO. Cette cohorte ouverte est issue du programme de recherche connu sous le nom de « cohorte Saint-Luc ». Depuis 1988, la cohorte St-Luc a mené une série d'études prospectives portant sur les facteurs et les processus associés à la transmission du VIH et du VHC ^{111,112}. En novembre 2004, une nouvelle cohorte, nommée HEPCO, fut assemblée pour examiner les facteurs individuels et contextuels associés à l'infection au VHC. Les critères de recrutement de cette cohorte sont d'avoir 18 ans et plus, s'être injecté des drogues au cours du dernier mois et demeurer dans la région métropolitaine de Montréal. Brièvement, les sujets qui étaient déjà suivis dans la cohorte St-Luc et toujours éligibles selon les critères énumérés ci-haut étaient invités à participer à HEPCO. Les autres sujets ont été recrutés dans divers milieux, incluant le service de médecine de toxicomanie de l'hôpital St-Luc du CHUM, les services communautaires collaborant à l'étude tels que les refuges, centres de réadaptation, travailleurs de rue et organismes communautaires et finalement par le bouche à oreille dans les réseaux d'UDIs. Les participants de la cohorte HEPCO sont suivis aux 6 mois et reçoivent une compensation de 15\$CAN pour leurs temps et déplacement. Les participants sont invités à revenir deux semaines plus tard pour recevoir les résultats de leurs tests et ils reçoivent 5\$CAN s'ils se présentent à l'intérieur de ce délai. Les infirmières fournissent des consultations pré et post test, ainsi que les informations et références nécessaires quant au VHC, VIH et leur traitement.

Tous les participants fournissent un consentement approuvé par le comité de révision institutionnel du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal.

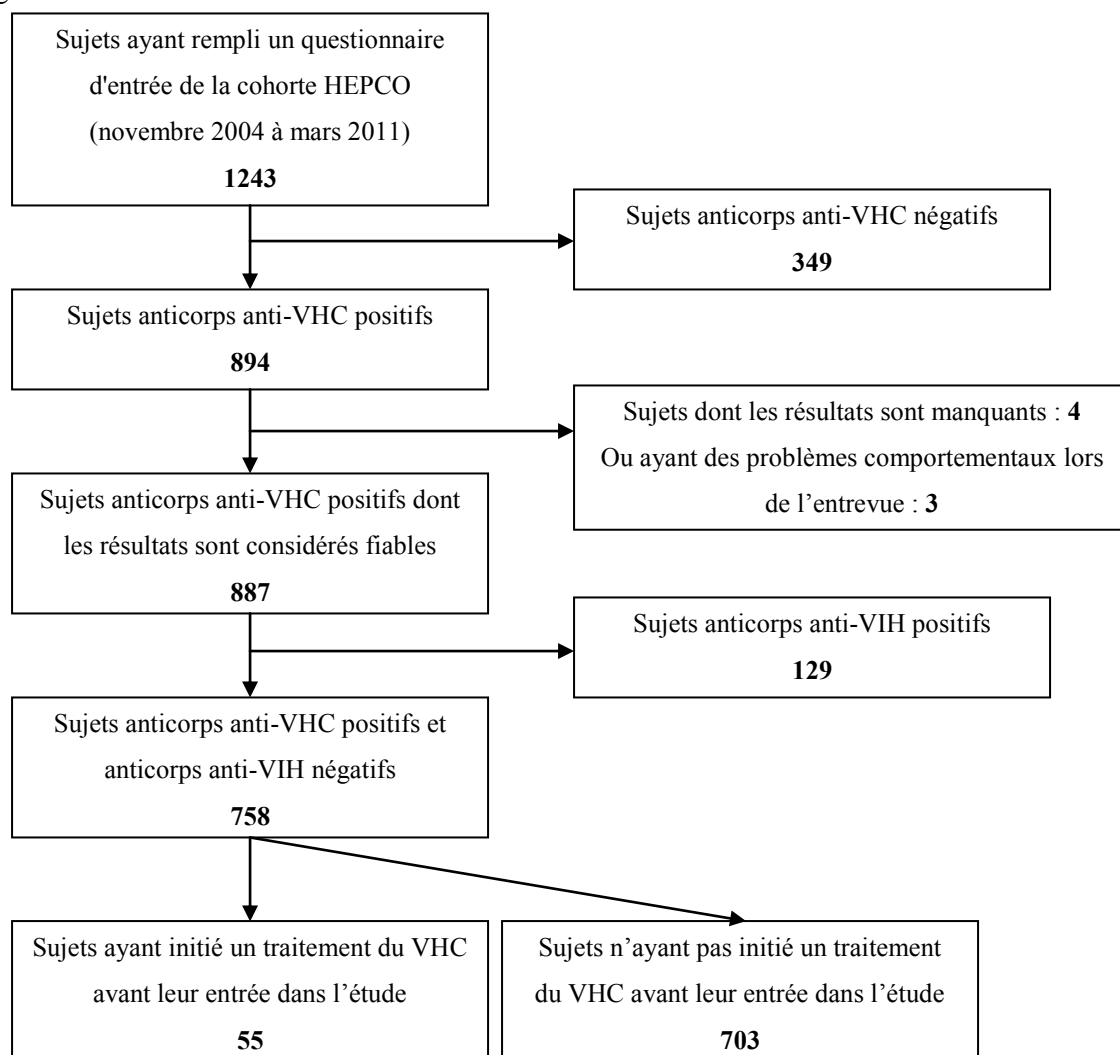
Les critères d'inclusion pour cette étude étaient le fait d'être séropositif au VHC, être séronégatif au VIH, mesuré par la détection des anticorps contre le VIH et VHC dans le sang, et avoir complété une visite d'entrée de la cohorte HEPCO entre novembre 2004 et

mars 2011. Les sujets co-infectés au VHC et VIH ont été exclus pour deux raisons. Le VIH est souvent considéré en priorité de traitement par rapport au VHC, particulièrement lors de la période précédant les changements des lignes directrices du traitement en 2007 ^{4,45}. L'importance accordée au VIH par rapport au VHC par les UDIs est également supérieure. Les UDIs tendent à craindre le VIH et considérer le VHC trivial, sans danger⁸⁶. Aussi, les sujets infectés par le VIH ont des rapports différents avec le milieu hospitalier. S'ils sont traités pour le VIH, ils sont suivis plus régulièrement par des professionnels de la santé ¹¹³. Les programmes de soins élaborés pour le VIH au cours des 20 dernières années ont bénéficié de plus de soutien dans les milieux de santé et plusieurs d'entre eux ont développé des approches spécifiques et adaptées aux populations vulnérables ¹¹⁴. Les UDIs mono-infectés au VHC constituent donc un groupe plus invisible et moins étudié en lien avec leur relation avec le milieu hospitalier. Les sujets co-infectés sont exclus, puisque leurs rapports accrus avec le milieu hospitalier influenceraient trop sur les variables d'intérêt et masqueraient l'effet des services de santé sur l'initiation du traitement qui nous intéresse, soit celui du VHC.

La sélection de la population à l'étude est décrite dans la figure 2. Des 1,243 individus ayant complété une visite d'entrée de la cohorte HEPCO entre novembre 2004 et mars 2011, 758 sujets (61%) ont été retenus pour l'étude. Parmi les exclusions, on retrouve bien sûr les sujets aux anticorps anti-VHC négatifs (349). Ensuite, 7 sujets furent exclus en raison de résultats incomplets ou de comportements problématiques mettant en doute la qualité et la véracité des résultats. Finalement, 129 sujets ayant des anticorps anti-VIH positifs ont été exclus pour les raisons expliquées ci-haut. Parmi les 758 sujets retenus dans cette étude, 55 (7,3%) d'entre eux avaient déjà initié un traitement du VHC avant l'entrée dans l'étude et 703 (92,7%) n'avaient jamais débuté un traitement.

Le recrutement de ces 758 sujets s'est fait de diverses manières. Trois cent soixante-dix-neuf (50%) sujets provenaient de l'ancienne cohorte (1988 à 2004), 235 (31%) sujets furent recrutés par bouche à oreille dans la communauté, tandis que les programmes communautaires en ont référé 144 (19%).

Figure 2. Échantillon à l'étude.



Gestion des données

Une assistante de recherche est responsable de l'entrée des données, qui est effectuée en double-saisie, de manière à diminuer les erreurs. Les données recueillies quotidiennement sont sauvegardées et ajoutées dans une banque de données centrale sur les serveurs du CHUM. Des sauvegardes sont faites au moins une fois par jour ouvrable afin d'éviter la perte de données.

Mesures

1. Questionnaire

Le questionnaire initial de la cohorte St-Luc est dérivé d'un questionnaire de l'organisation mondiale de la santé, qui a été développé et validé pour des études transversales sur plusieurs sites de nombreux pays ¹¹⁵. Ce questionnaire a été modifié à quelques reprises, notamment pour l'ajout de questions relatives au VHC. Le questionnaire d'entrée dans la cohorte HEPCO (à partir de novembre 2004) ou le premier questionnaire de cette période pour les sujets de l'ancienne cohorte est utilisé pour l'étude. Ce questionnaire d'entrée comprend 15 sections et porte sur les caractéristiques socioéconomiques et démographiques des sujets. Ils portent aussi sur la consommation de drogues et des comportements à risque d'infection. Il y figure aussi une section sur les pratiques sexuelles à risque. Les données sur l'état de santé, les traitements reçus, ainsi que sur la fréquentation des programmes sociaux et le milieu hospitalier sont également recueillis. Le questionnaire complet de la cohorte HEPCO est présenté à l'annexe 2.

Des intervieweurs et infirmières expérimentées administrent les questionnaires aux participants. Ces personnes sont formées dans le but de standardiser la formulation des questions et ainsi augmenter la fiabilité entre les intervieweurs. Les entrevues se font dans le calme, en privé, dans les locaux de la cohorte.

2. Tests sérologiques

Un échantillon sanguin est prélevé à chaque visite pour les tests relatifs au dépistage du VHC et du VIH. De 60 à 80 millilitres de sang sont prélevés par ponction veineuse pour les différents tests sérologiques et pour la mise en banque d'échantillons pour de potentiels tests dans le futur. Les tests de dépistage sont effectués au laboratoire clinique de l'hôpital St-Luc du CHUM. Les anticorps du VIH et du VHC sont mesurés par méthode immuno-enzymatique ELISA (laboratoire Abbott). Des tests de confirmation sont effectués par méthode de réaction en chaîne par polymérase à la transcriptase inverse ou immuno-essai recombinant pour le VHC et par radioimmunoprécipitation pour le VIH. En cas de discordance, les échantillons sont envoyés au Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) pour confirmation. Les tests pour la détection de l'ARN viral sont effectués soit par le laboratoire clinique du CHUM ou par celui de l'équipe du Dr Naglaa Shoukry.

Description des variables

3. Variable dépendante

La variable d'intérêt principale (variable dépendante) est l'initiation du traitement du VHC avant la complétion du premier questionnaire de la cohorte HEPACO. L'information concernant la variable dépendante était recueillie sous la forme de la question suivante : « Avez-vous déjà suivi un traitement pour l'hépatite C? » et les sujets devaient répondre par oui ou par non.

Par ailleurs, on y trouvait ensuite des détails sur la date du début de traitement, la durée de celui-ci et le résultat (guéri, toujours infecté, en cours, abandon ou ne sait pas). Puisque l'étude s'intéresse à identifier les facteurs menant les UDIs à l'initiation du traitement, on ne s'intéresse qu'au fait d'avoir initié le traitement sans discriminer entre les sujets qui l'ont complété et ceux qui l'ont abandonné. Le résultat du traitement n'a donc pas d'impact sur les résultats obtenus. Il faut aussi noter que nous n'avons pas

d'information sur le type d'encadrement médical offert à chacun des patients. Le type d'encadrement peu varier d'un UDIs à l'autre et avoir un impact sur ces dernières variables.

4. Variables indépendantes

Le tableau 2 présente les variables indépendantes examinées ainsi que les catégories utilisées. Ces variables sont divisées en 3 catégories : les variables socioéconomiques et démographiques, les variables sur les habitudes de consommation et les variables sur la fréquentation des services de santé. Excluant les variables fixes et celles cumulatives sur la vie des sujets, les variables sont mesurées dans les 6 mois précédents le questionnaire d'entrée.

Variables socioéconomiques et démographiques

Nous avons retenu l'âge, le sexe, le niveau de scolarité, l'état civil, la langue principale, le revenu mensuel ainsi que l'emprisonnement afin de dresser le portrait des caractéristiques sociales des participants. Certaines variables telles que la scolarité, le revenu et l'emprisonnement sont d'autant plus importantes, puisqu'elles constituent des caractéristiques particulières des UDIs par rapport à la population générale. Les UDIs ont généralement un niveau de scolarité inférieur, des revenus moindres, et une fréquence élevée d'antécédent d'emprisonnement.

Pour les variables continues, la linéarité de la distribution a été vérifiée, et les variables ne répondant pas au critère de linéarité ont été catégorisées. L'âge suivait une distribution linéaire, mais est présenté de manière catégorielle et continue, pour avoir une bonne vue globale de la population à l'étude. Le revenu mensuel est déterminé par une moyenne du revenu pour les six mois précédant le questionnaire et est ensuite dichotomisé selon la médiane. Les catégories pour le temps séjourné en prison ont été déterminées selon les types de sentences. Les sentences de plus de deux ans sont purgées dans les établissements fédéraux et non provinciaux ¹¹⁶. Les pénitenciers fédéraux

disposent de plus de temps et de ressources afin d'offrir plus de services de santé aux détenus.

Variables sur les habitudes de consommation

Nous avons retenu la durée d'injection, la forte consommation d'alcool plusieurs fois par mois, la consommation d'opiacés, la consommation de cocaïne, le nombre d'injections par mois et avoir déjà partagé une seringue. Étant donné l'importance de la consommation abusive d'alcool sur la pathologie hépatique d'une part, et comme barrière potentielle au traitement d'autre part, la consommation abusive, définie par la consommation d'au moins 5 consommations par occasion, a été retenue comme variable d'intérêt.

Nous ne disposons pas de la date d'infection des participants, l'infection étant très souvent asymptomatique, et inconnue des participants. La durée d'injection a été retenue pour estimer la durée entre l'exposition au virus et l'initiation au traitement. Selon la littérature, plus de 50% des UDIs s'infectent dans les quatre années suivant la première injection, cette mesure a été considérée comme le meilleur « proxy » disponible de la durée approximative d'infection^{117,118}. Pour les UDIs qui n'ont pas initié un traitement, la durée d'injection a été calculée de la première injection à la date de complétion du questionnaire. La variable de durée d'injection est incluse, puisque les sujets s'injectant depuis plus longtemps auraient eu plus d'occasions d'initier un traitement. Cette variable ne suivant pas une distribution linéaire, elle a été catégorisée selon la médiane.

Les variables de consommation d'opiacés et de cocaïne sont incluses afin de comparer si un type de drogue avait un effet plus marqué sur l'initiation du traitement. Les UDIs qui consomment des opiacés sont généralement dans une situation sociale plus stable que les cocaïnomanes³². La variable de consommation d'opiacés regroupe quatre catégories, soit l'héroïne intra veineuse (IV), l'héroïne fumée ou inhalée, les autres opiacés et les autres opiacés IV. La variable de consommation de cocaïne regroupe les trois formes de consommation, soit IV, fumée (speedbase/crack) ou inhalée. Ces regroupements ont été

préconisés afin de différencier les types de consommation comme barrières potentielles. La variable de nombre d'injections par mois sert d'indicateur plus quantitatif quant au type de consommateur. La distribution de la variable n'étant pas linéaire, on catégorise avec un point de séparation à 30 injections par mois, qui nous donne des groupes faisant la distinction entre les injecteurs plutôt occasionnels et ceux consommant plus régulièrement. L'usage occasionnel de drogues par injection n'aurait pas d'impact sur les taux de RVS, comparativement à l'usage plus régulier ¹¹⁹.

Finalement, la variable de partage de seringues est incluse afin de servir d'indicateur relativement aux pratiques d'injections sécuritaires. La réduction des risques de transmission est un aspect très supporté par les autorités médicales et il est pertinent de vérifier si les bonnes pratiques ont un effet sur la susceptibilité d'initier un traitement.

Variables sur la fréquentation des services de santé

Les variables sur les services de santé constituent les variables indépendantes d'intérêt principal, afin d'examiner si les sujets ayant déjà initié un traitement ont des rapports différents avec le milieu de la santé et sont plus engagés dans la prise en charge de leur santé après initiation du traitement. Nous avons retenu le nombre de visites chez le médecin, la visite d'un médecin de famille, la visite de l'urgence, la vaccination contre l'hépatite A et B, les connaissances sur le VHC, la fréquentation des sites d'échange de seringues ainsi que le fait d'acquérir 100% de ses seringues dans des endroits sécuritaires, être sous traitement de substitution à la méthadone et le temps d'exposition à des traitements de la dépendance.

Un premier bloc comprend des variables relatives à la fréquentation des hôpitaux et cliniques, soit les variables concernant les médecins et la vaccination. Ces variables sont incluses afin d'examiner s'il y a des distinctions au niveau du suivi continu, pour les sujets ayant initié un traitement. Il est intéressant de faire la comparaison entre les suivis par un médecin de famille, que les UDIs ont tendance à ne pas fréquenter ²⁰, et les visites à l'urgence, qui sont particulièrement fréquentes dans ce groupe de population ¹⁰³. Le nombre de visites dans les derniers 6 mois est, quant à elle, une bonne représentation

quantitative de l'intensité du suivi médical. Cette dernière variable est catégorisée en trois groupes permettant de bien séparer les UDIs qui ne fréquentent pas les médecins, ceux qui les fréquentent de façon plus occasionnels ou au besoin (une ou deux visites), et ceux de façon plus régulière (soit 3 visites et plus).

Les connaissances sur le VHC y sont aussi évaluées par un score sur cinq, selon la capacité des UDIs à répondre correctement à des questions sur le sujet du VHC et son traitement ^{83,120}. Ce score a été établi à l'aide de cinq questions relatives aux connaissances, dans le questionnaire d'entrée. On sait que les UDIs ont souvent des connaissances limitées ou erronées face au VHC ⁸⁶, alors on utilise cette variable pour vérifier si cela a un impact sur l'initiation du traitement. Bien que nous reconnaissons que le score tel qu'établi n'est pas dérivé d'un instrument validé, cette question est importante et la catégorisation retenue a été jugée comme étant la plus adéquate pour tester l'association entre les connaissances sur le VHC et l'initiation au traitement.

Deux variables relatives à la fréquentation des échanges de seringues ont été incluses pour examiner si les informations et références fournies à ces endroits ont un impact sur l'initiation du traitement. Au niveau de la variable de 100% des seringues échangées dans des endroits sûrs, on construit cette variable selon les proportions des seringues qui sont acquises dans les sites d'échange de seringues, les pharmacies, les cliniques et les CLSC. Cette variable reflète le mieux la stratégie de réduction de méfaits élaborée à Montréal. C'est une variable qui a notamment été utilisée pour établir la relation entre les programmes de réduction des méfaits et de la transmission du VIH ^{104,121}.

Les variables relatives aux traitements d'aide à la dépendance sont pertinentes dans la mesure où ceux-ci peuvent contribuer à la référence au traitement VHC ou être des indicateurs d'un meilleur contrôle sur la consommation de drogues. Elles ont été stratifiées en fonction de la probabilité d'exposition selon les différentes modalités de traitement, en particulier en ce qui a trait à la méthadone. En effet, le traitement de substitution à la méthadone n'est requis que chez les consommateurs d'opiacés. Seuls les participants ayant consommé des opiacés au moment du questionnaire étaient considérés

éligibles au traitement. La variable est exprimée en trois catégories : sous traitement de substitution et éligible; pas sous traitement et éligible et non éligible. La variable de temps sous traitement d'aide à la dépendance ne suivait pas une distribution normale et fut catégorisée avec un point de séparation à deux ans. Selon les temps de traitement associés aux différents programmes, deux ans représente une bonne séparation entre les sujets qui ne les ont pas suivis ou seulement à de courts intervalles et ceux qui ont plus activement participé à des programmes de soutien sur une longue période tels que la méthadone les groupes d'entraide ¹²². Par la suite une variable a été créée à partir des deux variables précédentes, on y trouve les mêmes groupes que dans la variable sur le temps d'exposition à des traitements de la dépendance, mais le groupe de 2 ans et plus est divisé selon que les sujets sont sous traitement de substitution à la méthadone ou non. Le but de cette variable combinée est de bien saisir l'impact de la méthadone, qui est un des traitements inclus parmi les programmes d'aide à la dépendance.

Tableau 2. Description des variables indépendantes

Variable	Catégories
Socioéconomiques et démographiques	
Âge (années)	Moins de 20 ans 21 à 30 ans 31 à 40 ans 41 à 50 ans 51 ans et plus
Sexe	Femmes Hommes
Niveau de scolarité complété	École primaire Secondaire ou DEP Cégep ou plus
État civil	Célibataire Autres (marié, divorcé, veuf, séparé ou conjoint de fait)
Langue principale	Français Anglais ou autres
Revenu par mois	0 à 1000\$ >1000\$
Avoir déjà séjourné en prison	Oui Non
Temps passé en prison (mois)	0 mois 1 à 24 mois >24
Habitudes de consommation	
Durée d'injection (années)	20 ans et moins Plus de 20 ans

Nombre de jours avec prise d'au moins 5 consommations d'alcool durant les dernières semaines	0 à 13 jours 14 à 28 jours
Consommation d'opiacés durant les derniers 6 mois	Oui Non
Consommation de cocaïne durant les derniers 6 mois	Oui Non
Nombre d'injection dans le dernier mois	0 à 30 injections Plus de 30 injections
Avoir déjà partagé une seringue	Oui Non
Fréquentation des services de santé	
Nombre de visites chez un médecin durant les derniers 6 mois	0 1 à 3 4 et plus
Visite à son médecin de famille durant les derniers 6 mois	Oui Non
Visite à l'urgence durant les derniers 6 mois	Oui Non
Connaissances sur le VHC (score sur 5)	Continue
Fréquentation des sites d'échange de seringues durant les derniers 6 mois	Oui Non
Fréquentation des sites d'échange de seringues durant les derniers 6 mois	Oui Non
100% des seringues échangées dans des endroits sûrs (les organisations d'échange ou de distribution)	Oui Non Non injecté

Vaccination contre hépatites A et B dans les derniers 6 mois	Oui
	Non
Sous traitement de substitution à la méthadone (pour les utilisateurs d'opiacés seulement)	Oui
	Non
	Non éligible
Temps d'exposition à des traitements de la dépendance (cumulatif à vie, en années)	Moins de 2
	2 et plus
Combinaison des variables de temps d'exposition aux traitements de la dépendance et traitement de substitution à la méthadone	Moins de 2
	2 et plus, sans méthadone
	2 et plus, avec méthadone

Éthique

Un code d'identification numérique et un code alphabétique sont assignés à chaque sujet recruté dans la cohorte. Cette mesure vise à préserver la confidentialité des données et des échantillons sanguins, sans compromettre le suivi des sujets. Les données d'identification et celles recueillies ne sont pas conservées dans la même base de données, et sont sauvegardées indépendamment dans le serveur. Donc, les informations personnelles permettant le suivi des sujets ne sont pas liées aux bases de données servant à l'analyse. Le décodage ne peut être fait que par les chercheurs principaux ou par une personne déléguée par ceux-ci.

Afin de participer à l'étude, les sujets doivent lire et comprendre le formulaire de consentement de la cohorte HEPCO, pour ensuite fournir leur consentement libre et éclairé à la recherche. Ce formulaire a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche du CHUM.

Analyses statistiques

Modèle statistique

L'analyse des données s'est déroulée en 3 étapes : analyses univariées (calcul des distributions des fréquences et des mesures de tendances centrales : moyenne, médiane), analyse bivariée et modèle de régression logistique multivariée.

La distribution des fréquences est une simple analyse des différentes variables (dépendante et indépendantes) afin de dresser un portrait de la population à l'étude.

L'analyse bivariée de l'association des variables indépendantes avec la variable d'initiation du traitement du VHC se fait par le test du chi-carré (χ^2) de Pearson pour les variables catégorielles et par le test de t de Student pour les variables continues. La régression logistique binaire a aussi été utilisée afin de déterminer les ratios de cote (RC) et les intervalles de confiance à 95%. Un total de 24 variables sont explorées dans l'analyse bivariée. Cette analyse permet de faire la sélection de quelques variables plus importantes, afin de ne pas surcharger un modèle multivarié. En cas de forte association entre deux ou plusieurs variables (par exemple, deux variables portant sur l'emprisonnement), seulement l'une d'elles a été conservée pour le modèle multivarié, selon son implication épidémiologique et les hypothèses de l'étude.

L'analyse multivariée par régression logistique a été conduite par la méthode descendante conditionnelle. Cette méthode inclut toutes les variables sélectionnées puis retire la variable ayant la plus faible contribution au modèle et répète ce processus jusqu'à ce que toutes les variables conservées contribuent significativement à l'amélioration du coefficient de détermination (R^2). Seulement les variables significatives (95% IC) de l'analyse bivariée sont incluses dans le modèle multivarié, ainsi que l'âge et le sexe. On ajuste selon ces variables, puisque même si elles ne sont pas significativement associées à la variable dépendante en analyse bivariée, elles peuvent quand même avoir une influence sur les autres variables incluses dans le

modèle. Une valeur Alpha de 0,05 ($p < 0,05$), soit un intervalle de confiance de 95% , a été utilisée comme seuil de signification pour l'analyse multivariée. En cas de variables colinéaires, on choisit d'inclure dans le modèle les variables ayant la meilleure pertinence clinique.

Toutes les analyses statistiques ont été effectuées avec le logiciel SPSS 19.0.

Diagnostic de régression

Le test de Hosmer-Lemeshow, qui permet d'évaluer l'ajustement de la régression logistique, et le test R^2 de Nagelkerke, permettant de mesurer la part de variance expliquée, ont été utilisés pour le diagnostic de régression.

Valeurs manquantes

Avec un tel nombre de participants, il y a évidemment des valeurs manquantes parmi les résultats des différentes variables. Ces valeurs manquantes sont le résultat de refus de réponse par les participants ou d'erreurs de saisie par les intervieweurs. La variable ayant le plus de valeurs manquantes est celle sur les connaissances avec 28 manquants sur 758 (3,7%). Ces résultats manquants furent imputés à la moyenne de 3,25. Pour les autres variables, les valeurs manquantes n'étaient pas plus nombreuses que 5 sur 758 et ne nécessitaient pas d'imputation.

Résultats

Observation des fréquences

Le tableau 3 présente les caractéristiques des sujets à l'étude. Sur les 758 sujets retenus pour l'étude, 55 (7,3%) rapportaient avoir initié un traitement de l'hépatite C. On note dans ce tableau que l'échantillon est composé principalement d'hommes (82,8%), la majorité se trouve dans le groupe d'âge de 31 à 50 ans pour une moyenne de 39 ans (σ : 9), la grande majorité est célibataire et francophone. On constate aussi que beaucoup d'entre eux ont déjà séjourné en prison (83,5%) et ont déjà été diagnostiqués avec un désordre psychologique (28,7%). Au niveau de la consommation, on note surtout que plusieurs d'entre eux rapportent prendre au moins 5 consommations d'alcool par jour (20,1%) et la majorité d'entre eux consomment de la cocaïne (86,7%).

Au niveau de la fréquentation des services de santé, on remarque que même si 75% des participants ont vu au moins un médecin dans les 6 mois précédents l'entrée dans la cohorte, seulement 19% ont vu un médecin de famille. La fréquentation des sites d'échange de seringues est assez partagée et seulement 64% d'entre eux disent recevoir toutes leurs seringues dans des endroits considérés sécuritaires. La majorité de cette population a déjà suivi des traitements d'aide à la dépendance, et 38% rapportent avoir cumulé plus de 2 ans de traitement au cours de leur vie. Parmi les consommateurs d'opiacés, 30% étaient sous traitement de substitution à la méthadone au moment du questionnaire.

Tableau 3. Distribution des 758 participants de la cohorte HEPCO selon l'initiation du traitement de l'hépatite C, les caractéristiques socioéconomiques et démographiques, les habitudes de consommation et la fréquentation des services de santé.

Variables	N (%)
<u>Variable dépendante</u>	
Initiation d'un traitement	
Oui	55 (7,3)
Non	703 (92,7)
<u>Variables indépendantes</u>	
<u>Socioéconomiques et démographiques</u>	
Sexe	
Féminin	130 (17,2)
Masculin	627 (82,8)
Âge (années)	Moyenne : 39 (σ : 9)
Moins de 20	15 (2,0)
21 à 30	139 (18,3)
31 à 40	216 (28,5)
41 à 50	296 (39,1)
51 et plus	92 (12,1)
État civil	
Célibataire	619 (82,0)
Autres (marié, divorcé, veuf, séparé ou conjoint de fait)	136 (18,0)
Langue principale	
Français	626 (82,6)
Anglais ou autres	132 (17,4)
Revenu par mois	
1000\$ et moins	394 (52,0)
Plus de 1000\$	363 (48,0)

Niveau de scolarité complété

Primaire	270 (35,6)
Secondaire/DEP	347 (45,8)
CEGEP ou plus	141 (18,6)

Avoir déjà séjourné en prison

Oui	631 (83,5)
Non	125 (16,5)

Temps séjourné en prison (mois)

0	124 (19,1)
1 à 24	256 (39,4)
Plus de 24	269 (41,4)

Habitudes de consommation**Durée d'injection (années)**

20 et moins	507 (66,9)
Plus de 20	251 (33,1)

Nombre de jours d'au moins 5 consommations d'alcool, dernières 4 semaines

0 à 13	595 (79,1)
14 à 28	157 (20,9)

Consommation d'opiacés, derniers 6 mois

Oui	446 (58,8)
Non	312 (41,2)

Consommation de cocaïne, derniers 6 mois

Oui	657 (86,7)
Non	101 (13,3)

Nombre d'injections, dernier mois

0 à 30	364 (48,0)
31 et plus	394 (52,0)

Avoir déjà partagé une seringue

Oui	167 (22,4)
Non	579 (77,6)

Fréquentation des services de santé**Nombre de visites de médecine, derniers 6 mois**

0	188 (24,9)
1 à 3	325 (43,0)
4 et plus	243 (32,1)

Visite à son médecin de famille, derniers 6 mois

Oui	143 (18,9)
Non	615 (81,1)

Visite à l'urgence, derniers 6 mois

Oui	302 (39,8)
Non	456 (60,2)

Connaissances sur le VHC

(score sur 5) Moyenne 3,25

Vaccination hépatites A et B, derniers 6 mois

Oui	67 (8,8)
Non	691 (91,2)

Fréquentation des sites d'échange de seringues, derniers 6 mois

Oui	450 (59,4)
Non	308 (40,6)

100% des seringues acquises via les organisations d'échange ou de distribution

Oui	481 (63,5)
Non	206 (27,2)
Non injecté	71 (9,4)

Sous traitement de substitution à la méthadone

Oui	140 (18,6)
Non	335 (44,4)
Non éligible	279 (37,0)

(non-consommateurs d'opiacés)

**Temps d'exposition à des traitements de la dépendance
(cumulatif à vie, années)**

Moins de 2 ans	470 (62,3)
2 ans et plus	285 (37,7)

**Combinaison des variables de temps d'exposition aux
traitements de la dépendance et traitement de substitution à la
méthadone**

Moins de 2 ans	467 (62,2)
2 ans et plus, sans méthadone	178 (23,7)
2 ans et plus, avec méthadone	106 (14,1)

Analyses bivariées

Dans le tableau 4 sont présentées les analyses bivariées, qui mettent en relation les différentes variables indépendantes précédemment présentées et l'initiation du traitement de l'hépatite C pour les 758 sujets anticorps anti-VHC positifs qui ont complété une visite d'entrée de la cohorte HEPCO entre novembre 2004 et mars 2011

Au niveau des variables socioéconomiques et de consommation, peu de variables sont significativement associées à l'initiation au traitement. Tout d'abord, l'emprisonnement, que ce soit sous forme dichotomique (oui ou non) ou en fonction du temps d'emprisonnement à vie, est associé négativement à l'initiation du traitement de l'hépatite C. Comparé aux participants qui n'ont pas séjourné en prison, ceux qui rapportent une durée totale d'incarcération de moins de 24 mois sont moins susceptibles d'avoir initié un traitement. L'association n'est cependant pas significative pour les

usagers rapportant plus de 24 mois d'emprisonnement. Les sujets qui ont rapporté boire au moins cinq consommations d'alcool par jour au moins 14 fois par quatre semaines sont aussi significativement moins susceptibles d'initier un traitement. Les variables relatives à l'injection de drogues n'ont cependant démontré aucune association significative.

Au niveau des variables de fréquentation du milieu de la santé, on constate que les sujets ayant initié un traitement ont de meilleures connaissances sur le VHC. Ils voient aussi plus de médecins et ont rendu visite à un médecin de famille, dans les six mois précédant le questionnaire. Ces sujets sont aussi plus susceptibles d'être sous traitement de substitution à la méthadone et d'avoir été sous traitement d'aide à la dépendance (comprenant la méthadone) pendant au moins deux ans dans leur vie. Ces deux dernières variables ont été combinées en une variable à trois catégories afin de bien saisir l'impact de la méthadone parmi les différents traitements offerts aux toxicomanes. On y constate l'impact positif des traitements d'aide à la dépendance (RC : 2,36), mais aussi l'importante contribution de la méthadone parmi ces services d'aide (RC : 4,57).

Tableau 4. Analyses bivariées des facteurs associés à l'initiation du traitement de l'hépatite C chez les 758 sujets de la cohorte HEPACO.

Variables	Fréquence de sujets traités n (%)	RC	IC (95%)	<i>p</i>	
<u>Variables indépendantes</u>					
<u>Socioéconomiques et démographiques</u>					
Sexe					
Féminin	12 (9,2)	1,00	(référence)		
Masculin	43 (6,9)	0,72	(0,37-1,42)	0,345	
Âge (années) incrément de 5 ans					
Variable continue	N/A	1,10	(0,95-1,28)	0,201	
État civil					
Autres	7 (5,1)	1,00	(référence)		
Célibataire	47 (7,6)	1,51	(0,67-3,43)	0,316	
Langue principale					
Anglais ou autres	7 (5,3)	1,00	(référence)		
Français	48 (7,7)	1,48	(0,66-3,35)	0,341	
Revenu par mois					
Plus de 1000\$	27 (7,4)	1,00	(référence)		
1000\$ et moins	28 (7,1)	0,95	(0,55-1,65)	0,861	
Niveau de scolarité complété					
CEGEP ou plus	14 (9,9)	1,00	(référence)		
Secondaire/DEP	28 (8,1)	0,80	(0,41-1,56)	0,507	
Primaire	13 (4,8)	0,46	(0,21-1,00)	0,052	
Avoir déjà séjourné en prison					
Non	15 (12,0)	1,00	(référence)		
Oui	40 (6,3)	0,50	(0,27-0,93)	0,029	*

Temps séjourné en prison (mois)

0	15 (12,1)	1,00	(référence)		
1 à 24	10 (3,9)	0,30	(0,13-0,68)	0,004	*
Plus de 24	21 (7,8)	0,62	(0,31-1,24)	0,174	

Habitudes de consommation**Durée d'injection (années)**

20 et moins	34 (6,7)	1,00	(référence)		
Plus de 20	21 (8,4)	1,27	(0,72-2,39)	0,408	

Nombre de jours d'au moins 5 consommations d'alcool, dernières 4 semaines

0 à 13	50 (8,4)	1,00	(référence)		
14 à 28	5 (3,2)	0,36	(0,14-0,92)	0,032	*

Consommation d'opiacés, derniers 6 mois

Oui	32 (7,2)	1,00	(référence)		
Non	23 (7,4)	1,03	(0,59-1,80)	0,918	

**Consommation de cocaïne,
derniers 6 mois**

Oui	44 (6,7)	1,00	(référence)		
Non	11 (10,9)	1,70	(0,85-3,42)	0,130	

Nombre d'injections, dernier mois

0 à 30	31 (8,5)	1,00	(référence)		
31 et plus	24 (6,1)	0,70	(0,40-1,21)	0,198	

Avoir déjà partagé une seringue

Non	7 (4,2)	1,00	(référence)		
Oui	46 (7,9)	1,97	(0,87-4,46)	0,102	

Fréquentation des services de
santé
Nombre de visites de médecin, derniers 6 mois

0	5 (2,7)	1,00	(référence)		
1 à 3	21 (6,5)	2,53	(0,94-6,82)	0,067	
4 et plus	29 (11,9)	4,96	(1,88-13,08)	0,001	*

Visite à son médecin de famille, derniers 6 mois

Non	36 (5,9)	1,00	(référence)		
Oui	19 (13,3)	2,46	(1,37-4,44)	0,004	*

Visite à l'urgence, derniers 6 mois

Non	29 (6,4)	1,00	(référence)		
Oui	26 (8,6)	1,39	(0,80-2,41)	0,242	

Connaissances sur le VHC (score sur 5)

Variable continue	N/A	1,48	(1,15-1,92)	0,002	*
-------------------	-----	------	-------------	-------	---

Vaccination hépatites A et B, derniers 6 mois

Non	48 (6,9)	1,00	(référence)		
Oui	7 (10,4)	1,56	(0,68-3,61)	0,295	

Fréquentation des sites d'échange de seringues, derniers 6 mois

Non	29 (9,4)	1,00	(référence)		
Oui	26(5,8)	0,59	(0,34-1,02)	0,060	

100% des seringues acquises via les organisations d'échange ou de distribution

Non	11 (5,3)	1,00	(référence)		
Oui	37 (7,7)	1,48	(0,74-2,96)	0,270	
Non injecté	7 (9,9)	1,94	(0,72-5,21)	0,189	

Sous traitement de substitution à la méthadone

Non	20 (6,0)	1,00	(référence)		
Oui	19 (13,6)	2,47	(1,28-4,79)	0,007	*
Non éligible	16 (5,7)	0,96	(0,49-1,89)	0,902	

Temps d'exposition à des traitements de la dépendance (cumulatif à vie, années)

Moins de 2 ans	20 (4,3)	1,00	(référence)		
2 ans et plus	35 (12,3)	3,15	(1,78-5,57)	<0,001	*

Combinaison des variables de temps d'exposition aux traitements de la dépendance et traitement de substitution à la méthadone

Moins de 2 ans	20 (4,3)	1,00	(référence)		
2 ans et plus, sans méthadone	17 (9,6)	2,36	(1,21-4,62)	0,012	*
2 ans et plus, avec méthadone	18 (17,0)	4,57	(2,32-8,99)	<0,001	*

Modèle de régression logistique multivariée

Le tableau 5 présente l'analyse multivariée de l'étude des sujets à leur entrée dans la cohorte HEPKO. Cette analyse comprend l'âge et le sexe comme variable d'ajustement, ainsi que les variables significatives (IC 95%) des analyses bivariées. En raison de fortes associations entre certaines variables traitant des mêmes sujets, on ne retient que celles formant le modèle le plus pertinent. Les deux variables concernant l'emprisonnement (dichotomique ou selon le temps d'emprisonnement à vie) sont évidemment fortement associées (RC : 642,6). On ne conserve que la variable dichotomique (oui/non), puisque celle sur le temps d'emprisonnement à vie comprend plusieurs valeurs manquantes. Ensuite il y a les variables « nombre de visites de médecin » et « visite d'un médecin de famille », qui sont trop fortement associées (RC : 78,7) pour être toutes deux incluses. Nous avons décidé de conserver la variable « visite d'un médecin de famille », puisque l'augmentation de l'implication de ceux-ci dans le traitement du VHC est un aspect que l'on juge cliniquement important et que l'on veut explorer. La variable du nombre de visites est plutôt imprécise puisqu'on ne sait pas de quel type de visite il s'agit. Ce pourrait très bien être des visites à l'urgence. Un modèle alternatif a quand même été testé avec cette variable au lieu de celle sur le médecin de famille. Les résultats obtenus sont similaires au modèle choisi. Finalement, puisque la variable de combinaison des variables de temps d'exposition aux traitements de la dépendance et traitement de

substitution à la méthadone est significative, on la préfère aux deux autres ayant servi à sa construction.

Les variables retenues sont donc : avoir déjà séjourné en prison, le nombre de jours d'au moins cinq consommations d'alcool dans les quatre dernières semaines, les connaissances sur le VHC, la visite d'un médecin de famille et la variable de combinaison des variables de temps d'exposition aux traitements de la dépendance et traitement de substitution à la méthadone.

Finalement, l'emprisonnement est négativement associé à l'initiation du traitement, tandis que les connaissances sur le VHC, la visite d'un médecin de famille et les traitements d'aide à la dépendance (avec ou sans méthadone) sont positivement associés.

Tableau 5. Analyse multivariée pour l'association entre l'initiation du traitement du VHC et les variables indépendantes significatives et indépendamment associées, ajustée pour l'âge et le sexe.

Variables	bivariée		multivariée	
	RC	IC (95%)	RC	IC (95%)
Sexe				
Féminin	1,00	(référence)	1,00	(référence)
Masculin	0,72	(0,37-1,42)	0,81	(0,39-1,70)
Âge (années) incrément de 5 ans				
Variable continue	1,10	(0,95-1,28)	1,17	(0,99-1,39)
Avoir déjà séjourné en prison				
Non	1,00	(référence)	1,00	(référence)
Oui	0,50	(0,27-0,93)	0,44	(0,22-0,87) *
Nombre de jours d'au moins 5 consommations d'alcool, dernières 4 semaines				
0 à 13	1,00	(référence)	1,00	(référence)
14 à 28	0,36	(0,14-0,92)	0,44	(0,17-1,16)
Connaissances sur le VHC (score sur 5)				
Variable continue	1,53	(1,17-1,99)	1,50	(1,13-1,99) *
Visite à son médecin de famille, derniers 6 mois				
Non	1,00	(référence)	1,00	(référence)
Oui	2,46	(1,37-4,44)	1,96	(1,04-3,69) *
Combinaison des variables de temps d'exposition aux traitements de la dépendance et traitement de substitution à la méthadone				
Moins de 2 ans	1,00	(référence)	1,00	(référence)
2 ans et plus, sans méthadone	2,36	(1,21-4,62)	2,25	(1,12-4,51) *
2 ans et plus, avec méthadone	4,57	(2,32-8,99)	3,78	(1,85-7,71) *

Résultats des traitements initiés

Bien que cela ne fasse pas partie de l'objectif de l'étude, il est possible d'avoir les résultats de ces 55 traitements, après l'analyse des échantillons pour la détection de l'ARN. Ces résultats sont présentés à l'annexe 1.

Diagnostic de régression

Pour le modèle multivarié présenté au tableau 5, le test de Hosmer-Lomeshow indique une valeur de χ^2 de 3,66 pour 8 degrés de liberté (dll), avec une signification de 0,886. Comme cette valeur est non significative, cela signifie que le modèle prédit bien les observations faites avec les données recueillies. Pour ce même modèle, la valeur du R^2 de Nagelkerke est de 14,4%, donc peu de variance est expliquée par celui-ci. C'est donc dire qu'il y a d'autres facteurs non inclus dans cette analyse qui influent sur l'initiation du traitement du VHC.

Résumé des résultats

Les résultats de cette étude suggèrent que les UDIs ayant initié un traitement du VHC sont plus en contact avec services de santé que ceux qui n'ont pas initié un tel traitement. En particulier, dans l'analyse multivariée, les UDIs ayant initié le traitement sont deux fois plus susceptibles de rapporter avoir vu leur médecin de famille dans les 6 derniers mois. De même, l'exposition au traitement de la dépendance pour plus de deux ans, avec ou sans traitement de substitution, est associée à l'initiation au traitement. En revanche, les sujets ayant une histoire d'incarcération sont deux fois moins susceptibles d'avoir initié un traitement.

Discussion

Nos résultats suggèrent que des facteurs liés à la fréquentation du milieu de la santé sont associés à l'initiation du traitement de l'hépatite C chez les UDIs de la région métropolitaine de Montréal. Ces résultats concordent en partie avec les hypothèses de recherche énoncées quant à l'impact de ces liens qu'entretiennent les UDIs avec le milieu de la santé. Les UDIs ayant initié un traitement semblent plus engagés dans leur suivi médical et dans la gestion de leur dépendance aux drogues, tel que suggéré par le nombre de visites médicales accrues (particulièrement les visites chez les médecins de famille) et par une exposition de plus de deux ans aux traitements d'aide à la dépendance au cours de leur vie. La fréquentation des sites d'échange de seringues n'a pour sa part pas été associée à une augmentation de l'initiation du traitement.

Les prochaines sections présenteront les interprétations de ces résultats relatifs contacts avec les milieux de santé et programmes sociaux et leur impact sur l'initiation du traitement du VHC, ainsi que les implications futures.

Taux d'initiation

Au total, 7% des sujets de cet échantillon de la cohorte HEPCO ont initié un traitement durant la période précédant leur recrutement entre novembre 2004 et mars 2011. Cette statistique peut sembler faible, mais elle s'inscrit dans la même portée que dans d'autres cohortes communautaires d'UDIs ^{78,79}. Dans ce type de cohorte, les sujets y sont majoritairement recrutés par bouche à oreille et via les services communautaires, ce qui amène une clientèle plus variée et moins acclimatée au milieu hospitalier que dans les cohortes où les sujets sont recrutés en milieu clinique. La cohorte HEPCO offre l'opportunité d'examiner les contacts avec les services d'aide et de soins d'une population d'UDIs qui ont potentiellement des relations et des attitudes très variées envers le milieu médical, et en l'occurrence les interventions pharmacologiques. Malgré leur état de santé, plusieurs des participants de la cohorte n'ont pas vu de médecin dans la période précédant les questionnaires.

En contrepartie, dans les cohortes en milieu clinique et offrant des programmes de soins multidisciplinaires, les taux d'initiation de traitements sont plus élevés ^{79,80}. Ce type de cohorte est moins représentatif de la population d'UDIs et n'aurait pas permis d'examiner clairement l'impact des services de santé sur l'initiation du traitement du VHC, puisque les sujets fréquentent déjà le milieu lorsqu'ils sont recrutés.

Fréquentation des médecins

L'étude révèle que la visite d'un médecin de famille dans les derniers 6 mois est significativement associée au fait d'avoir déjà reçu un traitement du VHC. Comme cette analyse est transversale, on ne peut conclure à un lien causal. L'étude ne permet effectivement pas de conclure qu'avoir un médecin de famille augmente la probabilité d'initier un traitement. L'association démontre cependant que les participants ayant initié un traitement avant le début de l'étude sont plus en lien avec les médecins de famille, comparativement à ceux qui n'avaient pas initié de traitement. Malgré tout, dans un contexte où il y a une certaine crainte de réinfection des UDIs après un traitement réussi et où environ 45% des traitements initiés échouent ^{51,123}, il est intéressant de constater que ces sujets restent en contact avec le milieu médical. Ce suivi en continu permettrait par la suite de favoriser un bon état de santé chez les UDIs, même après la période de traitement.

La littérature démontre qu'avoir un médecin de famille a un impact positif sur la référence au traitement ¹²⁰. Dans une étude de Stooze et al. ¹²⁴, ne pas être suivi par un médecin de famille était un facteur influençant négativement les chances de visite d'un médecin spécialiste. Jusqu'à récemment, le traitement était essentiellement offert par les médecins spécialistes, dont l'importance est indéniable quant à la disponibilité du traitement aux UDIs. Les médecins de famille seraient en fait des facilitateurs de l'initiation du traitement, par la référence aux spécialistes et seraient une étape intermédiaire importante dans le processus de traitement. Malgré des connaissances adéquates au niveau du VHC, les médecins généralistes hésitent encore à offrir les

services de soins nécessaires et préfèrent référer les patients ^{98,99,102}. Il y a un effort d'éducation à effectuer auprès des médecins de famille afin d'amorcer un changement d'attitude face au VHC et aux UDIs.

De plus en plus, les recommandations formulées pour le traitement des toxicomanes reconnaissent la nécessité d'organiser celui-ci selon une approche intégrée des soins de santé. Cette approche a été démontrée efficace en comparaison avec une offre de traitement faite seulement en soins de deuxième ligne ^{125,126}. En combinant ces besoins avec l'arrivée sur le marché de traitements plus courts et plus efficaces, la première ligne est appelée à jouer un rôle plus central dans les années à venir ⁶⁷. Les médecins de famille seront donc plus incités à activement s'impliquer dans le traitement du VHC.

La littérature sur la qualité des relations des patients avec les médecins indique un lien entre la communication médecin-patient et l'initiation de traitement. Dans une étude sur le VIH ¹⁰¹, on s'intéressait à déterminer si le fait que le patient disait que son médecin le connaissait personnellement avait un impact sur le traitement du VIH. L'effet était significativement positif pour l'initiation du TAHA, l'adhérence au traitement, ainsi que les résultats de tests d'ARN. On peut faire le parallèle du VIH au VHC, où la qualité de la relation entre patients et médecins pourrait avoir une influence positive sur l'initiation du traitement et son efficacité. Toujours parmi des sujets atteints du VIH et consommant des drogues, une étude s'est intéressée à la relation entre les patients et leur médecin, en lien avec les traitements de la toxicomanie ¹²⁷. La discussion des problèmes de consommation avec les médecins était significativement associée au suivi de ces traitements de soutien. La qualité des rapports entre médecins et UDIs est donc importante dans l'optique de l'efficacité des traitements et du contrôle de la consommation. Privilégier des rapports de confiance entre les médecins et leurs patients UDIs devrait faire partie des objectifs des autorités médicales, afin de pouvoir offrir un traitement optimal à ce groupe stigmatisé.

Malgré tout, les UDIs de la cohorte (traités ou non), ont un taux de suivi par un médecin de famille loin en deçà de la moyenne québécoise. Les statistiques de 2006-2007 montrent qu'environ 81,5% de la population aurait un médecin de famille ¹²⁸, tandis que dans la cohorte, seulement 18,9% des sujets avaient vu un médecin de famille dans les 6 mois précédant l'entrée dans l'étude. Ce pourcentage monte à 34,5% chez les sujets ayant initié un traitement. Il y a donc une forte disparité entre les UDIs et la population générale concernant l'assiduité du suivi médical. Les UDIs peuvent être méfiants envers le milieu médical et les professionnels sont quant à eux parfois réticents à aider ce groupe. À travers les programmes sociaux utilisés par les UDIs, il faudrait motiver les UDIs à consulter au sujet de leur état de santé. Les médecins devraient pour leur part être encouragés à faire le suivi de ces individus.

Services de traitement d'aide à la dépendance

Avoir été sous traitement d'aide à la dépendance pour plus de deux ans est aussi associé à l'initiation de traitement du VHC. De plus, parmi les UDIs exposés pendant plus de deux ans à ces traitements et étant sous traitement de substitution à la méthadone, l'association tend à être plus robuste, sans être significativement différente statistiquement.

La méthadone est utilisée comme traitement de désintoxication ou de substitution des opioïdes ¹²⁹. Ce traitement n'est donc pas disponible à tous les UDIs. Avant la prescription de celle-ci, les toxicomanes doivent avoir un diagnostic de dépendance, fournir un échantillon d'urine pour confirmer la prise d'opioïdes et s'engager à suivre le programme prescrit. Ces patients sont généralement suivis sur une base hebdomadaire en début de traitement et ensuite les visites s'espacent quand la période de titrage des doses est complétée. Tout le processus de prescription et d'acquisition de la méthadone en pharmacie est bien encadré, requérant un bon niveau de coopération des UDIs.

Au cours des 6 mois précédant le questionnaire d'entrée, 47% des sujets disant avoir suivi un traitement d'aide à la dépendance rapportaient suivre un programme de

méthadone. Le traitement de substitution avec la méthadone a un impact démontré pour le contrôle de la consommation et est associé avec plusieurs réductions des risques tels que la réduction du nombre d'injections, des injections en public, du partage de seringues et des overdoses¹⁰⁹. Ceci s'explique en partie par un suivi médical et psychiatrique strict de la part de médecins habitués à cette clientèle. Ces médecins seraient donc plus enclins à fournir le traitement à ce groupe de patients⁸⁰. Plusieurs études ont démontré l'efficacité du traitement du VHC chez des sujets sous traitement de substitution à la méthadone^{57,74,119}. Ces études concluent également que le traitement du VHC est recommandé chez les UDIs sous méthadone, même s'ils consomment toujours des drogues. Avant que les lignes directrices considèrent l'évaluation des UDIs au cas par cas, la méthadone était souvent un prérequis afin de recevoir le traitement du VHC⁷³. Bien que les lignes directrices aient changé, on recommande quand même l'usage de la méthadone pour les utilisateurs d'opiacés, non seulement pour son impact sur la réduction des risques, mais aussi pour favoriser le bon suivi du traitement et l'établissement d'un bon rapport avec les professionnels de la santé.

Pour ce qui est des autres types de traitement de la toxicomanie, le questionnaire de la cohorte ne permet pas de bien les différencier, comme c'est le cas pour le traitement de substitution à la méthadone. Il faut aussi mentionner la variabilité dans des modalités de traitement dans un seul épisode de soins, surtout en ce qui concerne les traitements pour les substances autres que la méthadone. Par exemple, le programme de désintoxication de la maison Jean-Lapointe comprend trois à quatre semaines de traitement à l'interne, 12 semaines de rencontres hebdomadaires et 12 mois de suivi mensuel¹³⁰. Il y a aussi une grande variété de services selon les programmes offerts par les différents centres. La plupart de ces programmes, qu'ils soient en milieu médical ou non, pourraient fournir des informations et références sur le VHC. Des études américaines sur l'efficacité de ces programmes montrent que plusieurs d'entre eux fournissent au moins de l'éducation au sujet de l'hépatite C et en moindre proportion fournissent des services de dépistage et traitement^{110,131}. L'efficacité quant à la cessation ou le contrôle de la consommation de ces programmes peut grandement varier^{132,133}. Il est démontré que ces programmes sont efficaces dans leur rôle de réduction de la consommation, de l'amélioration du

comportement social et l'amélioration de l'état de santé ^{132,134}, mais il n'est pas documenté dans la littérature si ceux-ci sont des moyens efficaces de référence au traitement du VHC. Néanmoins, ces programmes semblent être un point d'entrée important dans le milieu des services de santé. Entreprendre un traitement pour la dépendance à l'alcool ou aux drogues démontre un certain désir par ces personnes de contrôler leur consommation et un certain niveau de préoccupation pour leur état de santé. Bien que la consommation de drogue ne soit plus un facteur d'exclusion à l'initiation du traitement du VHC ⁶⁹, les médecins restent hésitants à fournir le traitement à un UDI qui fait un usage important de drogues. Le niveau de désorganisation sociale relié à la forte consommation rend ces personnes plus imprévisibles quant à l'adhérence au traitement. En régulant le mode de vie des UDIs, les programmes d'aide à la dépendance encouragent ces personnes à prendre en charge leur propre santé, mais aussi permettraient d'accéder plus facilement au traitement.

Comme dans le cas de la variable sur les médecins de famille, puisque l'étude est transversale, on ne peut établir de lien de causalité entre le traitement de substitution à la méthadone au moment du questionnaire et l'initiation du traitement du VHC à un moment dans le passé. Il est aussi possible que le traitement du VHC ait mené les sujets vers la prescription de la méthadone ou même une référence vers un programme de traitement de la dépendance. Il semblerait que la suite d'événements typique soit de gérer le problème de dépendance avant d'initier un tel traitement, puisque c'est généralement la préférence des médecins afin de favoriser l'efficacité de ce long et difficile traitement.

Dans cet échantillon de la cohorte HEPCO, 86% des participants ont déjà suivi un traitement d'aide à la dépendance. Ces programmes font donc partie du cheminement de la plupart des UDIs à un moment ou l'autre dans leur vie. Notre étude démontre que ces programmes semblent efficaces pour entraîner les UDIs à se faire traiter, mais puisqu'un nombre si élevé fait appel à ces services, plus d'efforts pourraient y être appliqués, afin de référer plus de personnes et ainsi parvenir à un taux d'initiation de traitement supérieur à 7%.

Incarcération

Les résultats démontrent que les sujets ayant déjà été incarcérés sont moins susceptibles d'avoir initié un traitement du VHC. La littérature sur le VIH nous démontre que le milieu pénitencier rend plus difficile l'adhérence à un traitement et qu'à leur sortie, les sujets n'ont pas comme priorité de consulter à cet égard ¹³⁵. Suivant leur sortie de prison, ces personnes rencontrent plusieurs obstacles sociaux et économiques tels que se trouver un lieu où habiter et un emploi, en plus de devoir reprendre contact avec leur entourage. Ceci relègue au second plan le fait de devoir consulter au sujet de leur infection, tel qu'il leur est souvent recommandé lors des consultations médicales à l'intérieur des pénitenciers. Toujours dans le domaine du VIH, des études en Colombie-Britannique révélaient que l'incarcération était associée avec l'abandon du traitement du VIH ¹³⁶ et qu'il y a une relation entre le nombre d'épisodes d'incarcération et la non-adhérence au traitement, notamment à cause du manque de services médicaux offerts lors des courts séjours, ainsi que par le désir de cacher son statut d'infection aux autres détenus ^{137,138}. C'est ce qu'on a observé dans les résultats de l'analyse bivariée pour la variable de temps d'incarcération. Une tendance semblait démontrer que les sujets ayant été incarcérés plus de 24 mois dans leur vie étaient plus susceptibles d'initier un traitement de l'hépatite C que ceux l'ayant été entre un et 24 mois, mais cette différence n'était pas significative. Les courts séjours pourraient être plus problématiques quant à la continuation ou l'initiation de traitements médicaux. Au Canada, les sentences de moins de deux ans sont purgées dans les prisons provinciales¹¹⁶. Les pénitenciers fédéraux sont mieux disposés à fournir des services de soutien, mais au niveau provincial, où les sentences sont plus courtes, les détenus n'ont souvent même pas l'occasion de consulter un professionnel de la santé. Il semblerait que les conditions en milieu carcéral ne seraient pas optimales en termes de services de traitement des infections.

Les résultats et la littérature montrent qu'il y a un travail d'information et de soutien qui pourrait être fait dans les pénitenciers, ainsi que la nécessité d'offrir le traitement aux détenus ^{139,140}. Dans ces deux études de faisabilité du traitement du VHC en milieu

carcéral canadien et américain, les auteurs concluent qu'il est faisable et recommandé de fournir plus de traitement et que ceux-ci étaient efficaces dans ces conditions. Les taux de RVS obtenus étaient de 66 et 47%, ce qui est comparable aux statistiques observées chez les UDIs à l'extérieur des murs des prisons. Le traitement est donc envisageable en milieu carcéral et cette période d'emprisonnement semble être un moment idéal pour l'amorcer, en raison de la captivité et sobriété des patients. Pour le moment, il semble que les autorités médicales et carcérales pourraient s'appliquer à informer, rejoindre et même traiter les UDIs infectés, ce qui n'est pas fait suffisamment.

Connaissances sur le VHC

Dans la mesure où les informations sur les connaissances sur le VHC étaient recueillies après l'épisode de traitement de l'hépatite, il était prévisible que ce groupe de participants ait de meilleures connaissances sur l'infection et son traitement. Le point positif est que l'on constate qu'il y aurait maintien des connaissances acquises lors du traitement de l'infection. Donc, bien qu'attendu, il est pertinent de noter que les sujets ayant déjà passé par le processus de traitement sont mieux informés sur la maladie, d'autant plus qu'il est bien documenté que les UDIs ont un déficit au niveau des connaissances sur le VHC^{86,131,141}. Des efforts d'éducation à travers les programmes sociaux offerts aux UDIs augmenteraient sans doute les probabilités que ces gens se fassent traiter¹⁴².

Fréquentation des sites d'échange de seringues

Nous avons émis l'hypothèse que la fréquentation des sites d'échange de seringues serait positivement associée à l'initiation du traitement de l'hépatite C. Puisque ces programmes communautaires fournissent de l'information au sujet des infections et des traitements, nous avons postulé que leur fréquentation entraînerait un intérêt suivi d'une augmentation de l'initiation au traitement. Cette association s'est toutefois avérée non significative, avec un ratio de cote suggérant plutôt une relation négative.

Bien que la fréquentation des sites d'échange de seringues a été démontrée efficace pour la réduction des pratiques d'injection à risque ^{108,143}, il semblerait que ce contact n'ait pas le même d'impact positif sur la promotion du traitement du VHC. Malheureusement, notre étude ne permettait pas de mesurer la perception négative des soins et la difficulté des UDIs de faire confiance au système de santé, variables qui auraient pu aider à comprendre ce résultat inattendu. Ces sentiments pourraient en effet être plus présents chez les UDIs fréquentant les sites d'échange de seringues et pourraient expliquer en partie ce résultat

En revanche, nos résultats pourraient suggérer qu'il y a lieu d'améliorer les services d'éducation des UDIs dans les sites d'échange de seringues, incluant l'aide à « l'appropriation » du milieu médical. Des solutions pourraient être apportées, soit en formant le personnel spécifiquement pour la référence au traitement, en organisant des séances d'information pour les UDIs ou en tissant des liens plus formels entre ces organismes et les équipes traitantes. On pourrait aussi instaurer un service d'accompagnement, afin de faire un lien direct entre les sites d'échange de seringues et les services de santé.

Efficacité du traitement

Parmi les sujets qui ont rapporté avoir initié un traitement, nous avons pu établir que chez 75% d'entre eux, le VHC n'était plus détectable. Ce taux de réponse virale soutenue est supérieur à la moyenne. En effet, les études avec des cohortes d'UDIs ne dépassent généralement pas un taux d'efficacité de 70% ^{57,76,77}. Il faut noter que pour plusieurs sujets les tests sur les échantillons ont été faits quelques années plus tard. Aussi, il n'était parfois pas possible de tester un échantillon de sang pris au moment le plus approprié pour évaluer l'efficacité du traitement, soit 6 mois après la fin de celui-ci. Aussi, il est possible que les UDIs qui avaient guéri de leur infection étaient plus enclins à rapporter avoir initié un traitement. Ceux qui ont abandonné ou pour qui le traitement n'avait pas fonctionné pourraient avoir omis de rapporter l'avoir initié. Ceci viendrait

surestimer l'efficacité du traitement. Malgré ces bémols, on peut conclure que les procédures de traitement dans le milieu hospitalier montréalais semblent être efficaces.

Limites de l'étude

1. Validité interne

Il y a plusieurs limites à cette étude. D'abord, les informations étaient auto-rapportées par les participants en entrevue avec un intervieweur. Il peut donc y avoir un biais de désirabilité, puisque les sujets auraient tendance à répondre de manière à plaire à l'intervieweur et cacher certains aspects négatifs de leur mode de vie, par exemple en sous-évaluant leur consommation de drogues et alcool. Toutes les mesures nécessaires ont été prises afin de mettre les participants à leur aise et de leur assurer la confidentialité des données. Le personnel était formé afin de questionner les sujets de manière à acquérir la confiance des participants et à obtenir des réponses fidèles à la réalité.

Au niveau des participants, il peut aussi y avoir un biais de mémoire au niveau des questions leur demandant de se rappeler des événements lointains. Il a été cependant démontré que pour des patients sous méthadone qui utilisent de la cocaïne et de l'héroïne, la fiabilité et la validité d'un questionnaire sur l'utilisation des drogues pour les six derniers mois sont bonnes ¹⁴⁴. On estime que les réponses concernant les événements des précédents six mois sont relativement fidèles. On s'attend par contre à plus de variabilité pour les questions de temps cumulatif à vie, telles que le temps total d'incarcération ou de traitement d'aide à la dépendance. On remarque aussi une certaine variabilité d'un questionnaire à l'autre dans ce genre de question ou lorsqu'on leur demande la date approximative du moment de leur infection ou du début de traitement.

Une autre limite, au niveau des données cette fois, est que l'étude ne comporte pas de données cliniques relatives à la progression de l'infection et des maladies associées. Ces facteurs cliniques peuvent avoir un impact important sur la volonté du patient à débiter un traitement, sur la décision des médecins qui jugent du moment inopportun de cette initiation et sur la prise en charge subséquente. Par exemple, si le niveau de fibrose hépatique est faible, le traitement n'est normalement pas proposé. Lorsque les

participants viennent à la cohorte, ils complètent le questionnaire et voient l’infirmière pour la prise de sang, mais n’ont pas d’examen physique. Il est également impossible dans cette étude de mesurer des variables relatives à la disposition des médecins et structures établies, afin d’offrir le traitement. Ces données auraient été intéressantes à connaître afin de mieux identifier les raisons ayant mené les sujets à se faire traiter ou non. L’inclusion de ces données cliniques sur la progression de l’infection aurait potentiellement diminué l’impact des autres variables

Aussi, des tests d’ARN n’avaient pas été pratiqués sur tous les échantillons sanguins des sujets inclus dans l’étude. Dépendamment du moment de leur entrée dans l’étude, ces tests n’étaient pas systématiquement pratiqués chez les sujets positifs aux anticorps anti-HCV. Cela implique donc que certains sujets pouvaient avoir spontanément résolu leur infection, mais ne pas le savoir. Cela influence cependant peu sur la variable dépendante puisque ces sujets se considèrent toujours infectés et auraient pu tenter de se faire traiter. S’ils avaient fait la démarche, ils auraient su qu’ils n’étaient plus infectés et n’auraient pas été inclus dans l’étude. Cette particularité est peu susceptible d’avoir eu un impact majeur sur les résultats. Chez les 758 UDIs qui se croyaient infectés (qu’ils le soient toujours ou non) on peut toujours vérifier les distinctions entre ceux qui ont entrepris la démarche pour se faire traiter et ceux qui ne l’ont pas fait.

2. Validité externe

Au niveau de la validité externe, il faut d’abord préciser que les sujets ne sont pas sélectionnés de façon aléatoire et il peut y avoir un effet boule de neige au recrutement par bouche à oreille. Certains groupes sociaux d’UDIs de la région de Montréal peuvent ne pas être rejoints par la cohorte et il peut y avoir surreprésentation de certains autres réseaux sociaux. Ce qu’on remarque d’abord dans le portrait sociodémographique de la cohorte est qu’il y a une forte représentation des hommes, des francophones, des caucasiens et des consommateurs de cocaïne dans cet échantillon. Par contre, si on compare ces variables aux données de surveillance recueillies au Québec par SurvUDI²⁰, l’échantillon de la cohorte HEPCO est assez représentatif des injecteurs québécois,

sauf au niveau de l'âge où les sujets de l'échantillon sont plus vieux d'environ cinq ans. Bien sûr il y a des différences entre Montréal, un milieu urbain, et les autres régions du Québec. Par exemple, l'injection d'héroïne et de dilaudid est plus répandue à Montréal, contrairement à la cocaïne qui est la drogue principale dans toutes les régions. Toujours selon SurvUDI, les UDIs urbains ont aussi plus tendance à avoir des pratiques sexuelles et d'injection à risque. Aussi, la concentration de services offerts aux UDIs est plus importante en milieu urbain, que ce soit au niveau des centres d'échange de seringues, des programmes d'aide à la dépendance et des unités de soins spécialisées.

L'étude étant menée dans un milieu urbain canadien, pays où le traitement du VHC est fourni gratuitement par l'assurance-santé, détenue par la très grande majorité des participants, la situation montréalaise serait donc plutôt comparable aux autres grands centres urbains du Canada, qu'aux grandes villes américaines. Aux États-Unis, la disponibilité du traitement peut varier d'un état à l'autre dépendamment des coûts engendrés. Étant donné la situation financière et d'emploi souvent précaire des UDIs, ils ne peuvent généralement pas compter sur les assurances-santé privées. Il faut quand même préciser qu'entre les grands centres urbains canadiens, il peut quand même y avoir des différences. Par exemple, à Vancouver l'usage de l'héroïne est supérieur à celui de la cocaïne ¹⁴⁵, soit l'inverse de la situation montréalaise. Malgré tout, si ce n'est que l'aspect financier dû à la couverture du traitement par l'assurance-santé publique, les résultats de l'étude s'appliquent bien aux autres grandes villes occidentales, puisque les types de services de santé offerts et les lignes directrices du traitement du VHC sont généralement similaires.

Conclusion

Ces résultats suggèrent des voies intéressantes quant au traitement de l'hépatite C chez les UDIs. Bien que le taux d'initiation de traitement aient été bas chez les sujets recrutés par la cohorte HEPCO, on y constate que lorsqu'ils font usage des services offerts pour l'aide à la dépendance aux drogues, comprenant la méthadone, ils se font aussi significativement plus traiter du VHC. Les sujets traités sont par la suite vus plus souvent par les médecins, en particulier les médecins de famille, ce qui est encourageant quant à l'intégration des UDIs dans le milieu de la santé et à leur réhabilitation en tant que citoyen plus fonctionnel. La réduction des coûts sociaux reliés à l'hépatite C passe notamment par le traitement des UDIs ¹⁴⁶, qui composent la majorité des individus infectés. Il faut que ceux-ci aient l'opportunité de se voir offrir le traitement, alors les médecins et organismes sociaux devraient doubler d'effort dans ce sens. Comme démontré par le taux de suivi par un médecin de famille, les UDIs ne semblent pas avoir un suivi médical suffisant. On pourrait donc s'efforcer à rejoindre plus les UDIs dans la communauté. Au niveau carcéral, bien que certaines mesures de soins de santé soient en place, les résultats démontrent que les sujets ayant été incarcérés initient moins de traitements. Les services offerts dans ce milieu pourraient être améliorés afin de mieux informer sur le traitement, les encourager à prendre en charge leur état de santé et on pourrait même directement offrir le traitement.

Avec l'arrivée de nouveaux traitements plus efficaces et considérant le désir grandissant des autorités médicales à prendre en charge le problème du VHC qui affecte les UDIs, nous croyons qu'il est opportun d'élaborer un plan de gestion durable et concerté avec les différents niveaux de contact avec les UDIs. Une prévalence inférieure à 10% d'initiations de traitement du VHC est insuffisante et le reflet de l'exclusion des UDIs par les milieux de santé. Les différents programmes communautaires et hospitaliers, en plus des médecins spécialistes et généraux, devraient ensemble développer un processus efficace de soutien des UDIs, de la rue, jusqu'au bureau du médecin. Il faudrait donc accroître le dépistage et l'offrir largement à travers les programmes communautaires.

Ces travailleurs devraient aussi être formés pour bien guider les UDIs et fournir les informations précises et les plus à jour. Il y a aussi lieu d'améliorer les liens entre les intervenants médicaux et les travailleurs du milieu. C'est-à-dire qu'il doit y avoir un lien plus formel de référence au traitement et une meilleure communication entre les deux milieux. Par exemple, les travailleurs du milieu pourraient eux-mêmes accompagner les UDIs à leurs rendez-vous médicaux ou les infirmières du milieu hospitalier pourraient visiter régulièrement les organismes sociaux.

Il conviendrait d'appliquer ce même niveau d'éducation dans les milieux carcéraux et fournir plus de ressources afin que tout détenu ait au moins l'opportunité de subir des tests de dépistages et d'être informé en conséquence. Finalement, les médecins de famille devraient prendre une plus grande part dans ce cheminement vers le traitement du VHC. Ils devraient recevoir une formation quant à la population d'UDIs et sur le VHC, afin qu'ils puissent efficacement fournir eux-mêmes le traitement, en plus du soutien nécessaire à cette population vulnérable.

Pour des recherches futures, une étude longitudinale de cette même cohorte est à venir afin d'approfondir les résultats obtenus. L'aspect longitudinal permettra de mieux identifier les facteurs qui influencent l'initiation du traitement, au moment où celui-ci est entrepris et comment ces variables varient dans le temps. Il serait aussi intéressant d'aller plus en profondeur dans le sujet des relations qu'entretiennent les UDIs avec le milieu de la santé, par un questionnaire plus spécifique à ce thème. On pourrait y retrouver des questions plus détaillées quant à la qualité de la relation avec les professionnels de la santé et la nature des consultations médicales. On pourrait aussi y trouver des questions plus spécifiques sur les traitements d'aide à la dépendance suivis et l'expérience qu'ils en ont retirée. Bref, un tel questionnaire pourrait plus précisément dresser le parcours de chaque UDIs. Comment ce parcours l'a mené à l'initiation du traitement du VHC, où a-t-il trouvé l'information nécessaire afin d'amorcer le processus et qu'elles ont été leurs motivations personnelles.

Bibliographie

1. Choo QL, Kuo G, Weiner AJ, Overby LR, Bradley DW, Houghton M. Isolation of a cDNA clone derived from a blood-borne non-A, non-B viral hepatitis genome. *Science (New York, NY)* 1989;244:359-62.
2. Kuo G, Choo QL, Alter HJ, et al. An assay for circulating antibodies to a major etiologic virus of human non-A, non-B hepatitis. *Science (New York, NY)* 1989;244:362-4.
3. Chen SL, Morgan TR. The natural history of hepatitis C virus (HCV) infection. *Int J Med Sci* 2006;3:47-52.
4. Sherman M, Shafran S, Burak K, et al. Management of chronic hepatitis C: consensus guidelines. *Can J Gastroenterol* 2007;21 Suppl C:25C-34C.
5. Cornberg M, Razavi HA, Alberti A, et al. A systematic review of hepatitis C virus epidemiology in Europe, Canada and Israel. *Liver Int* 2011;31 Suppl 2:30-60.
6. Franciscus A. A brief history of Hepatitis C. In: project HCs, ed. hcspFACTsheet. San Francisco: Hepatitis C support project; 2006:3.
7. Long A, Spurl G, Demers H, Goldman M. Targeted hepatitis C lookback: Quebec, Canada. *Transfusion* 1999;39:194-200.
8. Patrick DM, Buxton JA, Bigham M, Mathias RG. Public health and hepatitis C. *Can J Public Health* 2000;91 Suppl 1:S18-21, S19-23.
9. Baldo V, Baldovin T, Trivello R, Floreani A. Epidemiology of HCV infection. *Current pharmaceutical design* 2008;14:1646-54.
10. Sy T, Jamal MM. Epidemiology of hepatitis C virus (HCV) infection. *Int J Med Sci* 2006;3:41-6.
11. Simonsen L, Kane A, Lloyd J, Zaffran M, Kane M. Unsafe injections in the developing world and transmission of bloodborne pathogens: a review. *Bull World Health Organ* 1999;77:789-800.
12. Hahn JA. Sex, drugs, and hepatitis C virus. *J Infect Dis* 2007;195:1556-9.

13. Thomas DL, Zenilman JM, Alter HJ, et al. Sexual transmission of hepatitis C virus among patients attending sexually transmitted diseases clinics in Baltimore--an analysis of 309 sex partnerships. *J Infect Dis* 1995;171:768-75.
14. Giuliani M, Caprilli F, Gentili G, et al. Incidence and determinants of hepatitis C virus infection among individuals at risk of sexually transmitted diseases attending a human immunodeficiency virus type 1 testing program. *Sex Transm Dis* 1997;24:533-7.
15. Sulkowski MS, Mast EE, Seeff LB, Thomas DL. Hepatitis C virus infection as an opportunistic disease in persons infected with human immunodeficiency virus. *Clin Infect Dis* 2000;30 Suppl 1:S77-84.
16. Roberts EA, Yeung L. Maternal-infant transmission of hepatitis C virus infection. *Hepatology* 2002;36:S106-13.
17. Hépatite C : informez-vous. Vous pouvez l'avoir sans le savoir. *Agence de la santé publique du Canada*, 2012. (Accessed 04-02-2012, 2012, at <http://www.phac-aspc.gc.ca/hepc/pubs/getfacts-informezvous/index-fra.php>.)
18. Williams IT, Bell BP, Kuhnert W, Alter MJ. Incidence and transmission patterns of acute hepatitis C in the United States, 1982-2006. *Arch Intern Med* 2011;171:242-8.
19. Infection au virus de l'hépatite C (VHC) chez les utilisateurs de drogues injectables (UDI) au Canada : Résultats d'I-Track (2003-2005). *Agence de la santé publique du Canada*, 2008. (Accessed 04-02-2012, 2012, at <http://www.phac-aspc.gc.ca/sti-its-surv-epi/epi/itrack-fra.php>.)
20. Parent R, Alary M, Morrissette C, Roy E, Leclerc P. Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogue par injection (SurvUDI). In: Québec Indspd, ed. Montréal: Gouvernement du Québec; 2008:94.
21. Franken IH, Hendriks VM. Screening and diagnosis of anxiety and mood disorders in substance abuse patients. *The American journal on addictions / American Academy of Psychiatrists in Alcoholism and Addictions* 2001;10:30-9.
22. Grebely J, Matthews GV, Hellard M, et al. Adherence to treatment for recently acquired hepatitis C virus (HCV) infection among injecting drug users. *J Hepatol* 2011;55:76-85.
23. Milloy MJ, Wood E, Small W, et al. Incarceration experiences in a cohort of active injection drug users. *Drug and alcohol review* 2008;27:693-9.

24. Stein MD, Charuvastra A, Anderson B, Sobota M, Friedmann PD. Alcohol and HIV risk taking among intravenous drug users. *Addict Behav* 2002;27:727-36.
25. Le Marchand C, Evans J, Page K, Davidson PJ, Hahn JA. Hazardous alcohol consumption among young adult IDU and its association with high risk behaviors. *Drug Alcohol Depend* 2012.
26. Hagan H, Pouget ER, Des Jarlais DC, Lelutiu-Weinberger C. Meta-regression of hepatitis C virus infection in relation to time since onset of illicit drug injection: the influence of time and place. *Am J Epidemiol* 2008;168:1099-109.
27. Lessard R, Valiquette L, Adrien A, Morissette C, Paquette N. Rapport du directeur de santé publique. Joindre plus, dépister plus, traiter plus.: *Agence de la santé et des services sociaux de Montréal*; 2010.
28. Hagan H, Thiede H, Weiss NS, Hopkins SG, Duchin JS, Alexander ER. Sharing of drug preparation equipment as a risk factor for hepatitis C. *Am J Public Health* 2001;91:42-6.
29. Koester S, Booth RE, Zhang Y. The prevalence of additional injection-related HIV risk behaviors among injection drug users. *Journal of acquired immune deficiency syndromes and human retrovirology : official publication of the International Retrovirology Association* 1996;12:202-7.
30. DeBeck K, Kerr T, Li K, Milloy MJ, Montaner J, Wood E. Incarceration and drug use patterns among a cohort of injection drug users. *Addiction* 2009;104:69-76.
31. Ford PM, Pearson M, Sankar-Mistry P, Stevenson T, Bell D, Austin J. HIV, hepatitis C and risk behaviour in a Canadian medium-security federal penitentiary. Queen's University HIV Prison Study Group. *QJM : monthly journal of the Association of Physicians* 2000;93:113-9.
32. Anthony JC, Vlahov D, Nelson KE, Cohn S, Astemborski J, Solomon L. New evidence on intravenous cocaine use and the risk of infection with human immunodeficiency virus type 1. *Am J Epidemiol* 1991;134:1175-89.
33. O'Connor PG, Selwyn PA, Schottenfeld RS. Medical care for injection-drug users with human immunodeficiency virus infection. *The New England journal of medicine* 1994;331:450-9.

34. Paterson BL, Backmund M, Hirsch G, Yim C. The depiction of stigmatization in research about hepatitis C. *Int J Drug Policy* 2007;18:364-73.
35. Maheshwari A, Ray S, Thuluvath PJ. Acute hepatitis C. *Lancet* 2008;372:321-32.
36. Shah DP, Grimes CZ, Brown E, Hwang LY. Demographics, socio-behavioral factors, and drug use patterns: what matters in spontaneous HCV clearance? *J Med Virol* 2012;84:235-41.
37. Thimme R, Oldach D, Chang KM, Steiger C, Ray SC, Chisari FV. Determinants of viral clearance and persistence during acute hepatitis C virus infection. *J Exp Med* 2001;194:1395-406.
38. Aman W, Mousa S, Shiha G, Mousa SA. Current status and future directions in the management of chronic hepatitis C. *Virol J* 2012;9:57.
39. Freeman AJ, Dore GJ, Law MG, et al. Estimating progression to cirrhosis in chronic hepatitis C virus infection. *Hepatology* 2001;34:809-16.
40. Fattovich G, Giustina G, Degos F, et al. Morbidity and mortality in compensated cirrhosis type C: a retrospective follow-up study of 384 patients. *Gastroenterology* 1997;112:463-72.
41. N/A. Hepatitis C: *World Health Organization*; 2002.
42. Lok AS, Seeff LB, Morgan TR, et al. Incidence of hepatocellular carcinoma and associated risk factors in hepatitis C-related advanced liver disease. *Gastroenterology* 2009;136:138-48.
43. Thomas DL. Hepatitis C and human immunodeficiency virus infection. *Hepatology* 2002;36:S201-9.
44. Petrovic LM. HIV/HCV co-infection: histopathologic findings, natural history, fibrosis, and impact of antiretroviral treatment: a review article. *Liver Int* 2007;27:598-606.
45. McLaren M, Garber G, Cooper C. Barriers to hepatitis C virus treatment in a Canadian HIV-hepatitis C virus coinfection tertiary care clinic. *Can J Gastroenterol* 2008;22:133-7.
46. Davis KL, Mitra D, Medjedovic J, Beam C, Rustgi V. Direct economic burden of chronic hepatitis C virus in a United States managed care population. *J Clin Gastroenterol* 2011;45:e17-24.

47. Martin NK, Vickerman P, Miners A, et al. Cost-effectiveness of hepatitis C virus antiviral treatment for injection drug user populations. *Hepatology* 2012;55:49-57.
48. Davis GL, Albright JE, Cook SF, Rosenberg DM. Projecting future complications of chronic hepatitis C in the United States. *Liver Transpl* 2003;9:331-8.
49. Friedman RM, Contente S. Treatment of hepatitis C infections with interferon: a historical perspective. *Hepatitis research and treatment* 2010;2010:323926.
50. Hadziyannis SJ, Sette H, Jr., Morgan TR, et al. Peginterferon-alpha2a and ribavirin combination therapy in chronic hepatitis C: a randomized study of treatment duration and ribavirin dose. *Ann Intern Med* 2004;140:346-55.
51. Manns MP, McHutchison JG, Gordon SC, et al. Peginterferon alfa-2b plus ribavirin compared with interferon alfa-2b plus ribavirin for initial treatment of chronic hepatitis C: a randomised trial. *Lancet* 2001;358:958-65.
52. McHutchison JG, Lawitz EJ, Shiffman ML, et al. Peginterferon alfa-2b or alfa-2a with ribavirin for treatment of hepatitis C infection. *The New England journal of medicine* 2009;361:580-93.
53. Shiffman ML, Suter F, Bacon BR, et al. Peginterferon alfa-2a and ribavirin for 16 or 24 weeks in HCV genotype 2 or 3. *The New England journal of medicine* 2007;357:124-34.
54. Fattovich G, Giustina G, Favarato S, Ruol A. A survey of adverse events in 11,241 patients with chronic viral hepatitis treated with alfa interferon. *J Hepatol* 1996;24:38-47.
55. McHutchison JG, Manns M, Patel K, et al. Adherence to combination therapy enhances sustained response in genotype-1-infected patients with chronic hepatitis C. *Gastroenterology* 2002;123:1061-9.
56. Sulkowski MS, Cooper C, Hunyady B, et al. Management of adverse effects of Peg-IFN and ribavirin therapy for hepatitis C. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2011;8:212-23.
57. Manolakopoulos S, Deutsch MJ, Anagnostou O, et al. Substitution treatment or active intravenous drug use should not be contraindications for antiviral treatment in drug users with chronic hepatitis C. *Liver Int* 2010;30:1454-60.

58. Dore GJ, Matthews GV, Rockstroh J. Future of hepatitis C therapy: development of direct-acting antivirals. *Curr Opin HIV AIDS* 2011;6:508-13.
59. Bacon BR, Gordon SC, Lawitz E, et al. Boceprevir for previously treated chronic HCV genotype 1 infection. *The New England journal of medicine* 2011;364:1207-17.
60. Jacobson IM, McHutchison JG, Dusheiko G, et al. Telaprevir for previously untreated chronic hepatitis C virus infection. *The New England journal of medicine* 2011;364:2405-16.
61. Poordad F, McCone J, Jr., Bacon BR, et al. Boceprevir for untreated chronic HCV genotype 1 infection. *The New England journal of medicine* 2011;364:1195-206.
62. Zeuzem S, Andreone P, Pol S, et al. Telaprevir for retreatment of HCV infection. *The New England journal of medicine* 2011;364:2417-28.
63. Gane EJ, Roberts SK, Stedman CA, et al. Oral combination therapy with a nucleoside polymerase inhibitor (RG7128) and danoprevir for chronic hepatitis C genotype 1 infection (INFORM-1): a randomised, double-blind, placebo-controlled, dose-escalation trial. *Lancet* 2010;376:1467-75.
64. Sylvestre DL, Zweben JE. Integrating HCV services for drug users: a model to improve engagement and outcomes. *Int J Drug Policy* 2007;18:406-10.
65. Grebely J, Knight E, Genoway KA, et al. Optimizing assessment and treatment for hepatitis C virus infection in illicit drug users: a novel model incorporating multidisciplinary care and peer support. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2010;22:270-7.
66. Bruce RD, Eiserman J, Acosta A, Gote C, Lim JK, Altice FL. Developing a modified directly observed therapy intervention for hepatitis C treatment in a methadone maintenance program: implications for program replication. *The American journal of drug and alcohol abuse* 2012;38:206-12.
67. Arora S, Thornton K, Murata G, et al. Outcomes of treatment for hepatitis C virus infection by primary care providers. *The New England journal of medicine* 2011;364:2199-207.
68. Arora S, Kalishman S, Thornton K, et al. Expanding access to hepatitis C virus treatment--Extension for Community Healthcare Outcomes (ECHO) project: disruptive innovation in specialty care. *Hepatology* 2010;52:1124-33.

69. Myers RP, Ramji A, Bilodeau M, Wong S, Feld JJ. An update on the management of hepatitis C: consensus guidelines from the Canadian Association for the Study of the Liver. *Can J Gastroenterol* 2012;26:359-75.
70. Zetterman RK. What Is the Role of FibroScan in Diagnosing Liver Fibrosis? *Medscape gastroenterology* 2009;1.
71. EASL Clinical Practice Guidelines: management of hepatitis C virus infection. *J Hepatol* 2011;55:245-64.
72. Strader DB, Wright T, Thomas DL, Seeff LB. Diagnosis, management, and treatment of hepatitis C. *Hepatology* 2004;39:1147-71.
73. Reimer J, Schulte B, Castells X, et al. Guidelines for the treatment of hepatitis C virus infection in injection drug users: status quo in the European Union countries. *Clin Infect Dis* 2005;40 Suppl 5:S373-8.
74. Van Thiel DH, Anantharaju A, Creech S. Response to treatment of hepatitis C in individuals with a recent history of intravenous drug abuse. *Am J Gastroenterol* 2003;98:2281-8.
75. Cournot M, Glibert A, Castel F, et al. Management of hepatitis C in active drugs users: experience of an addiction care hepatology unit. *Gastroenterol Clin Biol* 2004;28:533-9.
76. Grebely J, Raffa JD, Meagher C, et al. Directly observed therapy for the treatment of hepatitis C virus infection in current and former injection drug users. *J Gastroenterol Hepatol* 2007;22:1519-25.
77. Bruggmann P, Falcato L, Dober S, et al. Active intravenous drug use during chronic hepatitis C therapy does not reduce sustained virological response rates in adherent patients. *J Viral Hepat* 2008;15:747-52.
78. Grebely J, Raffa JD, Lai C, et al. Low uptake of treatment for hepatitis C virus infection in a large community-based study of inner city residents. *J Viral Hepat* 2009;16:352-8.
79. Mehta SH, Genberg BL, Astemborski J, et al. Limited uptake of hepatitis C treatment among injection drug users. *J Community Health* 2008;33:126-33.

80. Moirand R, Bilodeau M, Brissette S, Bruneau J. Determinants of antiviral treatment initiation in a hepatitis C-infected population benefiting from universal health care coverage. *Can J Gastroenterol* 2007;21:355-61.
81. Morrill JA, Shrestha M, Grant RW. Barriers to the treatment of hepatitis C. Patient, provider, and system factors. *J Gen Intern Med* 2005;20:754-8.
82. Grebely J, Genoway KA, Raffa JD, et al. Barriers associated with the treatment of hepatitis C virus infection among illicit drug users. *Drug Alcohol Depend* 2008;93:141-7.
83. Doab A, Treloar C, Dore GJ. Knowledge and attitudes about treatment for hepatitis C virus infection and barriers to treatment among current injection drug users in Australia. *Clin Infect Dis* 2005;40 Suppl 5:S313-20.
84. Fischer B, Vasdev S, Haydon E, Baliunas D, Rehm J. [Willing to undergo hepatitis C treatment in a sample of injection drug users in Toronto, Canada]. *Presse Med* 2005;34:1209-12.
85. Strathdee SA, Latka M, Campbell J, et al. Factors associated with interest in initiating treatment for hepatitis C Virus (HCV) infection among young HCV-infected injection drug users. *Clin Infect Dis* 2005;40 Suppl 5:S304-12.
86. Munoz-Plaza CE, Strauss S, Astone-Twerell J, et al. Exploring drug users' attitudes and decisions regarding hepatitis C (HCV) treatment in the U.S. *Int J Drug Policy* 2008;19:71-8.
87. Edlin BR, Kresina TF, Raymond DB, et al. Overcoming barriers to prevention, care, and treatment of hepatitis C in illicit drug users. *Clin Infect Dis* 2005;40 Suppl 5:S276-85.
88. Backmund M, Meyer K, Edlin BR. Infrequent reinfection after successful treatment for hepatitis C virus infection in injection drug users. *Clin Infect Dis* 2004;39:1540-3.
89. Grebely J, Knight E, Ngai T, et al. Reinfection with hepatitis C virus following sustained virological response in injection drug users. *J Gastroenterol Hepatol* 2010;25:1281-4.

90. Lucas GM, Gebo KA, Chaisson RE, Moore RD. Longitudinal assessment of the effects of drug and alcohol abuse on HIV-1 treatment outcomes in an urban clinic. *AIDS (London, England)* 2002;16:767-74.
91. Tucker JS, Burnam MA, Sherbourne CD, Kung FY, Gifford AL. Substance use and mental health correlates of nonadherence to antiretroviral medications in a sample of patients with human immunodeficiency virus infection. *The American journal of medicine* 2003;114:573-80.
92. Backmund M, Meyer K, Von Zielonka M, Eichenlaub D. Treatment of hepatitis C infection in injection drug users. *Hepatology* 2001;34:188-93.
93. Sylvestre DL. Treating hepatitis C in methadone maintenance patients: an interim analysis. *Drug Alcohol Depend* 2002;67:117-23.
94. Taylor LE, Schwartzapfel B, Allen S, Jacobs G, Mitty J. Extending treatment for HCV infection to HIV-HCV coinfecting individuals with psychiatric illness and drug dependence. *Clin Infect Dis* 2003;36:1501-2; author reply 2-3.
95. Mauss S, Berger F, Goelz J, Jacob B, Schmutz G. A prospective controlled study of interferon-based therapy of chronic hepatitis C in patients on methadone maintenance. *Hepatology* 2004;40:120-4.
96. Hellard M, Sacks-Davis R, Gold J. Hepatitis C treatment for injection drug users: a review of the available evidence. *Clin Infect Dis* 2009;49:561-73.
97. Myles A, Mugford GJ, Zhao J, Krahn M, Wang PP. Physicians' attitudes and practice toward treating injection drug users with hepatitis C: results from a national specialist survey in Canada. *Can J Gastroenterol* 2011;25:135-9.
98. Cox J, Graves L, Marks E, et al. Knowledge, attitudes and behaviours associated with the provision of hepatitis C care by Canadian family physicians. *J Viral Hepat* 2011;18:e332-40.
99. Clark EC, Yawn BP, Galliher JM, Temte JL, Hickner J. Hepatitis C identification and management by family physicians. *Fam Med* 2005;37:644-9.
100. Zickmund S, Hillis SL, Barnett MJ, Ippolito L, LaBrecque DR. Hepatitis C virus-infected patients report communication problems with physicians. *Hepatology* 2004;39:999-1007.

101. Beach MC, Keruly J, Moore RD. Is the quality of the patient-provider relationship associated with better adherence and health outcomes for patients with HIV? *J Gen Intern Med* 2006;21:661-5.
102. Richmond JA, Dunning TL, Desmond PV. Health professionals' attitudes toward caring for people with hepatitis C. *J Viral Hepat* 2007;14:624-32.
103. Palepu A, Tyndall MW, Leon H, et al. Hospital utilization and costs in a cohort of injection drug users. *CMAJ* 2001;165:415-20.
104. Bruneau J, Lamothe F, Franco E, et al. High rates of HIV infection among injection drug users participating in needle exchange programs in Montreal: results of a cohort study. *Am J Epidemiol* 1997;146:994-1002.
105. Grau LE, Bluthenthal RN, Marshall P, Singer M, Heimer R. Psychosocial and behavioral differences among drug injectors who use and do not use syringe exchange programs. *AIDS and behavior* 2005;9:495-504.
106. Hayashi K, Wood E, Wiebe L, Qi J, Kerr T. An external evaluation of a peer-run outreach-based syringe exchange in Vancouver, Canada. *Int J Drug Policy* 2010;21:418-21.
107. Camps d'action. *Cactus Montréal*, 2005. (Accessed 23-06-2012, at <http://www.cactusmontreal.org/fr/champs.html>.)
108. Huo D, Ouellet LJ. Needle exchange and injection-related risk behaviors in Chicago: a longitudinal study. *Journal of acquired immune deficiency syndromes (1999)* 2007;45:108-14.
109. Pettes T, Wood E, Guillemi S, Lai C, Montaner J, Kerr T. Methadone use among HIV-positive injection drug users in a Canadian setting. *J Subst Abuse Treat* 2010;39:174-9.
110. Brown LS, Jr., Kritz SA, Goldsmith RJ, et al. Characteristics of substance abuse treatment programs providing services for HIV/AIDS, hepatitis C virus infection, and sexually transmitted infections: the National Drug Abuse Treatment Clinical Trials Network. *J Subst Abuse Treat* 2006;30:315-21.
111. Bruneau J, Daniel M, Kestens Y, Abrahamowicz M, Zang G. Availability of body art facilities and body art piercing do not predict hepatitis C acquisition among

injection drug users in Montreal, Canada: Results from a cohort study. *Int J Drug Policy* 2010;21:477-84.

112. Bruneau J, Lamothe F, Soto J, et al. Sex-specific determinants of HIV infection among injection drug users in Montreal. *CMAJ* 2001;164:767-73.

113. Norton BL, Park L, McGrath LJ, Proeschold Bell RJ, Muir AJ, Naggie S. Health Care Utilization in HIV-Infected Patients: Assessing the Burden of Hepatitis C Virus Coinfection. *AIDS Patient Care STDS* 2012;26:541-5.

114. Jones M, Nunez M. HIV and hepatitis C co-infection: the role of HAART in HIV/hepatitis C virus management. *Curr Opin HIV AIDS* 2011;6:546-52.

115. Ball A, Des Jarlais DC, Donoghoe MC, et al. Final Report of the World Health Organization Programme on Substance Abuse Multi-City Study of HIV Infection among Injection Drug Users. Geneva: *World Health Organization*; 1994.

116. Les services correctionnels au Québec. *Sécurité publique Québec*, 2010. (Accessed 2012, at <http://www.securitepublique.gouv.qc.ca/index.php?id=43.html>.)

117. Roy E, Boudreau JF, Boivin JF. Hepatitis C virus incidence among young street-involved IDUs in relation to injection experience. *Drug Alcohol Depend* 2009;102:158-61.

118. Hagan H, Thiede H, Des Jarlais DC. Hepatitis C virus infection among injection drug users: survival analysis of time to seroconversion. *Epidemiology (Cambridge, Mass)* 2004;15:543-9.

119. Sylvestre DL. Treating hepatitis C virus infection in active substance users. *Clin Infect Dis* 2005;40 Suppl 5:S321-4.

120. Grebely J, Bryant J, Hull P, et al. Factors associated with specialist assessment and treatment for hepatitis C virus infection in New South Wales, Australia. *J Viral Hepat* 2011;18:e104-16.

121. Genereux M, Bruneau J, Daniel M. Association between neighbourhood socioeconomic characteristics and high-risk injection behaviour amongst injection drug users living in inner and other city areas in Montreal, Canada. *Int J Drug Policy* 2010;21:49-55.

122. Alcohol and Substance Abuse Treatment Overview. 2005. (Accessed 2012, at http://www.mentalhelp.net/poc/view_doc.php?type=doc&id=1055&cn=14.)

123. Fried MW, Shiffman ML, Reddy KR, et al. Peginterferon alfa-2a plus ribavirin for chronic hepatitis C virus infection. *The New England journal of medicine* 2002;347:975-82.
124. Stoove MA, Gifford SM, Dore GJ. The impact of injecting drug use status on hepatitis C-related referral and treatment. *Drug Alcohol Depend* 2005;77:81-6.
125. Jack K, Willott S, Manners J, Varnam MA, Thomson BJ. Clinical trial: a primary-care-based model for the delivery of anti-viral treatment to injecting drug users infected with hepatitis C. *Alimentary pharmacology & therapeutics* 2009;29:38-45.
126. Salmon-Ceron D, Cohen J, Winnock M, et al. Engaging HIV-HCV co-infected patients in HCV treatment: the roles played by the prescribing physician and patients' beliefs (ANRS CO13 HEPAVIH cohort, France). *BMC Health Serv Res* 2012;12:59.
127. Korthuis PT, Josephs JS, Fleishman JA, et al. Substance abuse treatment in human immunodeficiency virus: the role of patient-provider discussions. *J Subst Abuse Treat* 2008;35:294-303.
128. Traoré I, Cazale L. Qui n'a pas de médecin de famille au Québec?: *Institut de la statistique du Québec*; 2008.
129. Québec Cdmd. Utilisation de la méthadone dans le traitement de la toxicomanie aux opiacés; 1999.
130. Traitement de l'alcoolisme et autres toxicomanies *Maison Jean-Lapointe*, 2012. (Accessed 30-06-2012, 2012, at <http://www.maisonjeanlapointe.org/traitement-de-lalcoolisme-et-autres-toxicomanies.html>.)
131. Strauss SM, Falkin GP, Vassilev Z, Des Jarlais DC, Astone J. A nationwide survey of hepatitis C services provided by drug treatment programs. *J Subst Abuse Treat* 2002;22:55-62.
132. Machado MP. Substance abuse treatment, what do we know? An economist's perspective. *The European journal of health economics : HEPAC : health economics in prevention and care* 2005;6:53-64.
133. McLellan AT, Woody GE, Metzger D, et al. Evaluating the effectiveness of addiction treatments: reasonable expectations, appropriate comparisons. *The Milbank quarterly* 1996;74:51-85.

134. Hubbard RL, Craddock SG, Anderson J. Overview of 5-year followup outcomes in the drug abuse treatment outcome studies (DATOS). *J Subst Abuse Treat* 2003;25:125-34.
135. Baillargeon J, Giordano TP, Rich JD, et al. Accessing antiretroviral therapy following release from prison. *JAMA : the journal of the American Medical Association* 2009;301:848-57.
136. Kerr T, Marshall A, Walsh J, et al. Determinants of HAART discontinuation among injection drug users. *AIDS care* 2005;17:539-49.
137. Milloy MJ, Kerr T, Buxton J, et al. Dose-response effect of incarceration events on nonadherence to HIV antiretroviral therapy among injection drug users. *J Infect Dis* 2011;203:1215-21.
138. Small W, Wood E, Betteridge G, Montaner J, Kerr T. The impact of incarceration upon adherence to HIV treatment among HIV-positive injection drug users: a qualitative study. *AIDS care* 2009;21:708-14.
139. Farley J, Vasdev S, Fischer B, Haydon E, Rehm J, Farley TA. Feasibility and outcome of HCV treatment in a Canadian federal prison population. *Am J Public Health* 2005;95:1737-9.
140. Maru DS, Bruce RD, Basu S, Altice FL. Clinical outcomes of hepatitis C treatment in a prison setting: feasibility and effectiveness for challenging treatment populations. *Clin Infect Dis* 2008;47:952-61.
141. O'Brien S, Day C, Black E, Dolan K. Injecting drug users' understanding of hepatitis C. *Addict Behav* 2008;33:1602-5.
142. Strauss SM, Astone-Twerell J, Munoz-Plaza CE, et al. Drug treatment program patients' hepatitis C virus (HCV) education needs and their use of available HCV education services. *BMC Health Serv Res* 2007;7:39.
143. Jenness SM, Hagan H, Liu KL, Wendel T, Murrill CS. Continuing HIV risk in New York City injection drug users: the association of syringe source and syringe sharing. *Subst Use Misuse* 2011;46:192-200.
144. Ehrman RN, Robbins SJ. Reliability and validity of 6-month timeline reports of cocaine and heroin use in a methadone population. *Journal of consulting and clinical psychology* 1994;62:843-50.

145. Wood E, Kerr T, Collingham T, et al. Drug situation in Vancouver: *Urban Health Research Initiative of the British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS*; 2009.
146. Martin NK, Vickerman P, Foster GR, Hutchinson SJ, Goldberg DJ, Hickman M. Can antiviral therapy for hepatitis C reduce the prevalence of HCV among injecting drug user populations? A modeling analysis of its prevention utility. *J Hepatol* 2011;54:1137-44.

Annexe 1

Résultats biologiques des 55 sujets qui ont initié le traitement avant leur entrée dans la cohorte.

Le tableau 6 présente les réels résultats du traitement en relation avec le résultat perçu par les participants. Il a été impossible de pratiquer le test pour 2 participants, puisque des échantillons de sang n'étaient pas disponibles. Un résultat d'ARN positif signifie que la personne est toujours infectée, tandis qu'un résultat négatif indique que le virus a été éliminé. On peut donc voir que 3 individus se croient guéris alors qu'ils sont toujours positifs et que 5 autres se croient toujours infectés alors qu'ils sont négatifs. Ce premier groupe de 3 individus est plus problématique puisque ces personnes pourraient en infecter d'autres ou voir leur condition se détériorer puisqu'ils croient à tort être guéris.

Finalement, 45 (82%) sujets auraient complété le traitement et 41 sur les 55 (75%) auraient avec succès éliminé le virus. Il est pertinent de retirer les sujets dont le traitement était en cours puisque le résultat pourrait changer après la fin du traitement. On se retrouve donc avec 38 sujets sur 51 (75%) qui seraient guéris. Ce résultat s'inscrit avantageusement dans la littérature où les taux de RVS sont habituellement en deçà de 70%^{50-53,123}.

Tableau 6. Tableau croisé du résultat du traitement rapporté par les sujets dans le questionnaire et du réel résultat déterminé par tests d'ARN.

		Résultat ARN			
		Positif	Négatif	Manquant	
Résultat selon les sujets	Guéri	3	25	2	30
		10%	83%	7%	100%
	Toujours infecté	4	5	0	9
		44%	56%	0%	100%
	Traitement en cours	1	3	0	4
		25%	75%	0%	100%
	Abandon	4	6	0	10
		40%	60%	0%	100%
	Ne sait pas	0	2	0	2
		0%	100%	0%	100%
12		41	2	55	
	22%	75%	4%	100%	

Annexe 2

Questionnaire d'entrée de la cohorte HEPCO, version 2005-06-28

(début à la page suivante)

ÉPIDÉMIOLOGIE DE L'INFECTION AU VIH ET AU VHC PARMIS LES UDI_s DE MONTRÉAL

QUESTIONNAIRE D'ENTRÉE

Codes du Coller ici sujet:

Nom de l'interviewer: _____

Date de l'entrevue : _____

Lieu de recrutement :

1. ☐ Désintoxication non médicale : _____
2. ☐ 4^e Rolland-Bock : _____
3. ☐ Centre Dollard-Cormier
4. ☐ Méthadone Désintoxication 10^e St-Luc
5. ☐ Méthadone maintenance : _____
6. ☐ Hôpital St-Luc
7. ☐ Autre Hôpital : _____
8. ☐ Thérapie : _____
9. ☐ Organisme Communautaire : _____
10. ☐ Autres (précisez) _____
11. ☐ Bouche à oreille (rue)

SECTION 1 : ATTITUDE FACE AU RISQUE D'ATTRAPER L'HÉPATITE C ET CONNAISSANCES

1A- Pour chacun des énoncés qui suivent, veuillez nous indiquer dans quelle mesure vous êtes d'accord ou pas à partir des choix suivants :

	1.Fortement en accord	2.En accord	3.En désaccord	4.Fortement en désaccord	5.Hépatite C positif
a) La possibilité de contracter l'hépatite C me préoccupe.					
b) Ma vie sera complètement désorganisée si j'attrape l'hépatite C.					
c) Je devrai changer plusieurs de mes habitudes de vie si j'attrape l'hépatite C.					
d) Je serai très affecté émotionnellement si j'attrape l'hépatite C.					
e) Je serai rejeté par certaines personnes de mon entourage si j'attrape l'hépatite C					

1B- Selon vos comportements actuels, quelle est la probabilité que vous contractiez l'hépatite C?

- | | |
|---|---|
| 1. <input type="checkbox"/> Très probable | 4. <input type="checkbox"/> Très peu probable (très improbable) |
| 2. <input type="checkbox"/> Probable | 5. <input type="checkbox"/> Improbable |
| 3. <input type="checkbox"/> Peu probable | 6. <input type="checkbox"/> Hépatite C positif |

1C- Peut-on guérir seul de l'hépatite C?

- 1 ☐ Oui 2 ☐ Non 3 ☐ Ne sait pas

1D- Existe-t-il des traitements pour guérir de l'hépatite C?

- 1 ☐ Oui 2 ☐ Non 3 ☐ Ne sait pas

1E- Peut-on attraper l'hépatite C en partageant la fourchette de quelqu'un d'autre?

- 1 ☐ Oui 2 ☐ Non 3 ☐ Ne sait pas

1F- Est-ce qu'il y a plus de risque pour un injecteur de drogue d'attraper le virus de l'hépatite C que le VIH?

- 1 ☐ Oui 2 ☐ Non 3 ☐ Ne sait pas

1G- Existe-t-il un vaccin pour l'hépatite C?

- 1 ☐ Oui 2 ☐ Non 3 ☐ Ne sait pas

1H- Quelle est la probabilité d'attraper l'hépatite C par des rapports sexuels?

- | | |
|---|---|
| 1. <input type="checkbox"/> Très probable | 4. <input type="checkbox"/> Très peu probable (très improbable) |
| 2. <input type="checkbox"/> Probable | 5. <input type="checkbox"/> Improbable |
| 3. <input type="checkbox"/> Peu probable | 6. <input type="checkbox"/> Ne sait pas |

SECTION 2 : REVENU

2A- Dans les six derniers mois, quelles étaient vos sources de revenus et combien d'argent avez-vous obtenu de chacune de ces sources ?

DÉBUTER EN INSCRIVANT LES DATES COUVERTES POUR CHAQUE PÉRIODE DE 1 MOIS EN COMPTANT À PARTIR DE LA DATE DE L'ENTREVUE

Le mois dernier

Il y a 6 mois

Sources de revenu		Du : _____	Du : _____	Du : _____	Du : _____	Du : _____	Du : _____
		Au : _____	Au : _____	Au : _____	Au : _____	Au : _____	Au : _____
<input type="checkbox"/>	Sécurité du revenu	\$	\$	\$	\$	\$	\$
<input type="checkbox"/>	Autre revenu institutionnel	\$	\$	\$	\$	\$	\$
	2 <input type="checkbox"/> Chômage						
	3 <input type="checkbox"/> CSST						
	4 <input type="checkbox"/> SAAQ						
	5 <input type="checkbox"/> Autre _____						
<input type="checkbox"/>	Travail régulier légal	\$	\$	\$	\$	\$	\$
	1 <input type="checkbox"/> professionnel						
	2 <input type="checkbox"/> technicien						
	3 <input type="checkbox"/> services de bureau						
	4 <input type="checkbox"/> autres services						
	5 <input type="checkbox"/> travailleur manuel						
	6 <input type="checkbox"/> hom/fem d'affaires						
<input type="checkbox"/>	Revenu alternatif (quête, prostitution, travail au noir ou tout autre revenu) : _____	\$	\$	\$	\$	\$	\$
<input type="checkbox"/>	Revenu provenant d'activités criminelles	\$	\$	\$	\$	\$	\$

PASSER À LA QUESTION 2D SI AUCUN REVENU DE LA SÉCURITÉ DU REVENU

2B- Combien de temps votre chèque dure-t-il en moyenne?

_____/_____
heures / jours

2C- ÊTES-VOUS ADMINISTRÉ? 1 ☐ OUI 2 ☐ NON → PASSER À 2D

Si oui, qui administre votre chèque?

1 ☐ Accueil Bonneau

3 ☐ Centre Dollard Cormier

2 ☐ Maison du Père

4 ☐ Autre _____

Combien de fois par mois recevez-vous de l'argent sur ce chèque?

1 ☐ plus d'une fois par semaine

4 ☐ une fois par mois

2 ☐ une fois par semaine

5 ☐ autre

3 ☐ toutes les deux semaines

6 ☐ à la demande

2D- Dans les six derniers mois, quel a été votre revenu mensuel total en moyenne? \$ _____

2E- Dans les quatre dernières semaines, combien pensez-vous avoir dépensé d'argent pour les drogues? \$ _____

SECTION 3 : CONSOMMATION DE DROGUES

3A- a) Avez-vous déjà consommé les drogues suivantes?

b) Si oui, à quel âge avez-vous débuté votre consommation?

c) En avez-vous consommé dans les six derniers mois?

	Âge 1 ^{ère} consommation	Dans les derniers six (6) mois
1. <input type="checkbox"/> Alcool	_____	<input type="checkbox"/>
2. <input type="checkbox"/> Héroïne IV	_____	<input type="checkbox"/>
3. <input type="checkbox"/> Héroïne fumée ou inhalée	_____	<input type="checkbox"/>
4. <input type="checkbox"/> Cocaïne IV	_____	<input type="checkbox"/>
5. <input type="checkbox"/> Cocaïne fumée (freebase / crack)	_____	<input type="checkbox"/>
6. <input type="checkbox"/> Cocaïne inhalée	_____	<input type="checkbox"/>
7. <input type="checkbox"/> Speedball	_____	<input type="checkbox"/>
8. <input type="checkbox"/> Méthadone prescrite	_____	<input type="checkbox"/>
9. <input type="checkbox"/> Méthadone de rue	_____	<input type="checkbox"/>
10. <input type="checkbox"/> Autres opiacés _____	_____	<input type="checkbox"/>
11. <input type="checkbox"/> Autres opiacés IV _____	_____	<input type="checkbox"/>
12. <input type="checkbox"/> Amphétamines (speed, crystal, meth, Ice)	_____	<input type="checkbox"/>
13. <input type="checkbox"/> Amphétamines IV(speed, crystal, meth)	_____	<input type="checkbox"/>
14. <input type="checkbox"/> Barbituriques(barbs, goofball)	_____	<input type="checkbox"/>
15. <input type="checkbox"/> Barbituriques IV(barbs, goofball)	_____	<input type="checkbox"/>
16. <input type="checkbox"/> Tranquillisants (downers, peanuts, benzos)	_____	<input type="checkbox"/>
17. <input type="checkbox"/> Marijuana, hashish, pot, herbe	_____	<input type="checkbox"/>
18. <input type="checkbox"/> Drogues psychédéliques LSD, PCP, Mescaline, MDA, MDMA, Ecstasy, DMT, Mushrooms	_____	<input type="checkbox"/>
19. <input type="checkbox"/> Talwin et/ou ritalin IV	_____	<input type="checkbox"/>
20. <input type="checkbox"/> Talwin et/ou ritalin	_____	<input type="checkbox"/>
21. <input type="checkbox"/> Autre _____	_____	<input type="checkbox"/>

3A- d) Quelle était votre drogue préférée dans les six derniers mois? _____ INSCRIRE LE NUMÉRO DE LA LISTE PRÉCÉDENTE

3B- ALCOOL

Au cours des quatre dernières semaines, combien en avez-vous pris?

Total jours :

Total consommations :

Durant ces jours où vous avez consommé de l'alcool, combien de jours en avez-vous consommé :

de 1 à 4 fois par jour _____

de 5 à 10 par jour _____

plus de 10 par jour _____

Dans les six derniers mois, combien de jours avez-vous consommé de l'alcool? _____

3C-HÉROÏNE IV

Au cours des quatre dernières semaines, combien en avez-vous pris?

Total jours :

Total injections :

Durant ces jours où vous avez consommé de l'héroïne IV, combien de jours en avez-vous consommé :

de 1 à 3 fois par jour _____

de 4 à 6 par jour _____

plus de 6 par jour _____

Dans les six derniers mois, combien de jours avez-vous consommé de l'héroïne IV? _____

3D-HÉROÏNE FUMÉE OU INHALÉE

Au cours des quatre dernières semaines, combien en avez-vous pris?

Total jours :

Total consommations :

Durant ces jours où vous avez consommé de l'héroïne fumée ou inhalée, combien de jours en avez-vous consommé :

de 1 à 3 fois par jour _____

de 4 à 6 par jour _____

plus de 6 par jour _____

Dans les six derniers mois, combien de jours avez-vous consommé de l'héroïne fumée ou inhalée? _____

3E-COCAÏNE IV

Au cours des quatre dernières semaines, combien en avez-vous pris?

Total jours :

Total injections :

Durant ces jours où vous avez consommé de la cocaïne IV, combien de jours en avez-vous consommé :

de 1 à 9 fois par jour

de 10 à 20 par jour

plus de 20 par jour

Dans les six derniers mois, quelle a été votre consommation de cocaïne IV?

	Nomb. de jours	Nomb. d'inject.
Ce mois-ci	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Il y a 2 mois	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Il y a 3 mois	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Il y a 4 mois	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Il y a 5 mois	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Il y a 6 mois	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dans les 6 derniers mois, durant les jours où vous vous êtes injecté de la cocaïne, combien de jour vous êtes-vous injecté de la cocaïne?

de 1 à 9 fois par jour

de 10 à 20 par jour

plus de 20 par jour

3F-COCAÏNE FUMÉE (FREEBASE OU CRACK)

Au cours des quatre dernières semaines, combien en avez-vous pris?

Total jours :

Total consommations :

Durant ces jours où vous avez consommé de la cocaïne fumée, combien de jours en avez-vous consommé :

de 1 à 9 fois par jour

de 10 à 20 par jour

plus de 20 par jour

Dans les six derniers mois, combien de jours avez-vous consommé de la cocaïne fumée?

3G-COCAÏNE INHALÉE

Au cours des quatre dernières semaines, combien en avez-vous pris?

Total jours :

Total consommations :

Durant ces jours où vous avez consommé de la cocaïne inhalée, combien de jours en avez-vous consommé :

de 1 à 9 fois par jour

de 10 à 20 par jour

plus de 20 par jour

Dans les six derniers mois, combien de jours avez-vous consommé de la cocaïne inhalée?

3H-SPEEDBALL

Au cours des quatre dernières semaines, combien en avez-vous pris?

Total jours :

Total injections :

Durant ces jours où vous avez consommé du speedball, combien de jours en avez-vous consommé :

de 1 à 9 fois par jour

de 10 à 20 par jour

plus de 20 par jour

Dans les six derniers mois, combien de jours avez-vous consommé du speedball?

3I-MÉTHADONE PRESCRITE

Au cours des quatre dernières semaines, combien en avez-vous pris?

Total jours :

Total consommations :

Dans les six derniers mois, combien de jours avez-vous consommé de la méthadone prescrite?

3J-MÉTHADONE DE RUE

Au cours des quatre dernières semaines, combien en avez-vous pris?

Total jours :

Total consommations :

Durant ces jours où vous avez consommé de la méthadone de rue, combien de jours en avez-vous consommé :

de 1 à 3 fois par jour

de 4 à 6 par jour

plus de 6 par jour

Dans les six derniers mois, combien de jours avez-vous consommé de la méthadone de rue?

3K- AUTRES OPIACÉS NON IV

Au cours des quatre dernières semaines, combien en avez-vous pris?

Total jours :

Total consommations :

Durant ces jours où vous avez consommé des opiacés non IV, combien de jours en avez-vous consommé :

de 1 à 3 fois par jour

de 4 à 6 par jour

plus de 6 par jour

Dans les six derniers mois, combien de jours avez-vous consommé des opiacés NON IV?

3L-OPIACÉS IV _____

Au cours des quatre dernières semaines, combien en avez-vous pris?

Total jours :

Total injections :

Durant ces jours où vous avez consommé des opiacés IV, combien de jours en avez-vous consommé :

de 1 à 3 fois par jour _____

de 4 à 6 par jour _____

plus de 6 par jour _____

Dans les six derniers mois, combien de jours avez-vous consommé des opiacés IV? _____

3M- AMPHÉTAMINES (speed, meth, crystal, ice)

Au cours des quatre dernières semaines, combien en avez-vous pris?

Total jours :

Total consommations :

Durant ces jours où vous avez consommé des amphétamines, combien de jours en avez-vous consommé :

de 1 à 3 fois par jour _____

de 4 à 6 par jour _____

plus de 6 par jour _____

Dans les six derniers mois, combien de jours avez-vous consommé des amphétamines? _____

3N- AMPHÉTAMINES IV (speed, meth, crystal)

Au cours des quatre dernières semaines, combien en avez-vous pris?

Total jours :

Total injections :

Durant ces jours où vous avez consommé des amphétamines IV, combien de jours en avez-vous consommé :

de 1 à 3 fois par jour _____

de 4 à 6 par jour _____

plus de 6 par jour _____

Dans les six derniers mois, combien de jours avez-vous consommé des amphétamines IV? _____

3O- BARBITURIQUES (barbs, goofballs)

Au cours des quatre dernières semaines, combien en avez-vous pris?

Total jours :

Total consommations :

Durant ces jours où vous avez consommé des barbituriques, combien de jours en avez-vous consommé :

de 1 à 3 fois par jour

de 4 à 6 par jour

plus de 6 par jour

Dans les six derniers mois, combien de jours avez-vous consommé des barbituriques?

3P- BARBITURIQUES IV (barbs, goofballs)

Au cours des quatre dernières semaines, combien en avez-vous pris?

Total jours :

Total injections :

Durant ces jours où vous avez consommé des barbituriques IV, combien de jours en avez-vous consommé :

de 1 à 3 fois par jour

de 4 à 6 par jour

plus de 6 par jour

Dans les six derniers mois, combien de jours avez-vous consommé des barbituriques IV?

3Q-TRANQUILLISANTS (downers, peanuts, benzos)

Au cours des quatre dernières semaines, combien en avez-vous pris?

Total jours :

Total consommations :

Durant ces jours où vous avez consommé des tranquillisants, combien de jours en avez-vous consommé :

de 1 à 3 fois par jour

de 4 à 6 par jour

plus de 6 par jour

Dans les six derniers mois, combien de jours avez-vous consommé des tranquillisants?

3R-MARIJUANA, HASHISH, POT, HERBE

Au cours des quatre dernières semaines, combien en avez-vous pris?

Total jours :

Total consommations :

Durant ces jours où vous avez consommé de la marijuana, combien de jours en avez-vous consommé :

de 1 à 3 fois par jour _____

de 4 à 6 par jour _____

plus de 6 par jour _____

Dans les six derniers mois, combien de jours avez-vous consommé de la marijuana? _____

3S- DROGUES PSYCHÉDÉLIQUES (LSD, PCP, Mescaline, MDA, MDMA, Ecstasy, DMT, mushrooms)

Au cours des quatre dernières semaines, combien en avez-vous pris?

Total jours :

Total consommations :

Durant ces jours où vous avez consommé des drogues psychédéliques, combien de jours en avez-vous consommé :

de 1 à 3 fois par jour _____

de 4 à 6 par jour _____

plus de 6 par jour _____

Dans les six derniers mois, combien de jours avez-vous consommé des drogues psychédéliques? _____

3T- TALWIN ET/OU RITALIN IV

Au cours des quatre dernières semaines, combien en avez-vous pris?

Total jours :

Total injections :

Durant ces jours où vous avez consommé du Talwin et/ou ritalin IV, combien de jours en avez-vous consommé :

de 1 à 3 fois par jour _____

de 4 à 6 par jour _____

plus de 6 par jour _____

Dans les six derniers mois, combien de jours avez-vous consommé du Talwin et/ou ritalin IV? _____

3U- TALWIN ET/OU RITALIN

Au cours des quatre dernières semaines, combien en avez-vous pris?

Total jours :

Total consommations :

Durant ces jours où vous avez consommé du Talwin et/ou ritalin, combien de jours en avez-vous consommé :

de 1 à 3 fois par jour

de 4 à 6 par jour

plus de 6 par jour

Dans les six derniers mois, combien de jours avez-vous consommé du Talwin et/ou Ritalin?

3V- AUTRE DROGUE

Au cours des quatre dernières semaines, combien en avez-vous pris?

Total jours :

Total consommations :

Durant ces jours où vous avez consommé de la , combien de jours en avez-vous consommé :

de 1 à 3 fois par jour

de 4 à 6 par jour

plus de 6 par jour

Dans les six derniers mois, combien de jours avez-vous consommé cette drogue?

SECTION 4 : PROFIL D'INJECTION

4A- Vous êtes-vous déjà injecté des drogues?

1 ☐ Oui

2 ☐ Non

SI LA PERSONNE NE S'EST JAMAIS INJECTÉE COMPLÉTER LE QUESTIONNAIRE ET LUI DIRE À LA FIN DE L'ENTREVUE QU'ELLE N'EST PAS ADMISSIBLE

4B- À QUEL ÂGE VOUS ÊTES-VOUS INJECTÉ OU VOUS A-T-ON INJECTÉ POUR LA PREMIÈRE FOIS? _____

4C- La première fois où vous vous êtes injecté, combien de personnes étaient avec vous?

1 ☐ personne

2 ☐ une autre personne

3 ☐ 2 ou 3 personnes

4 ☐ 4 à 6 personnes

5 ☐ plus de 6 personnes

6 ☐ ne sait pas / ne se souvient pas

4D- La première fois où vous vous êtes injecté, qui était avec vous?

1 ☐ Conjoint(e)/blonde/ partenaire sexuel(le)

6 ☐ Étrangers

2 ☐ Membres de la famille

7 ☐ Détenus

3 ☐ Ami(e)s proches

8 ☐ Autre : _____

4 ☐ Partenaire de cotation/ consommation

5 ☐ Connaissances (dealer, personne de passage,...)

4E- La première fois où vous vous êtes injecté ou qu'on vous a injecté, avez-vous utilisé une seringue que quelqu'un avait déjà utilisée? 1 ☐ Oui 2 ☐ Non 3 ☐ Ne sait pas / Ne se souvient plus

4F- Selon vous, quelles sont les principales raisons pour lesquelles vous avez commencé à vous injecter?

1 ☐ des amis / d'autres m'ont initié

8 ☐ pour arrêter d'autres drogues

2 ☐ je voulais essayer pour voir

9 ☐ j'avais de l'argent pour le faire

3 ☐ j'aime ça être high

10 ☐ ne sait pas / ne se souvient plus

4 ☐ pour oublier mes problèmes

11 ☐ suicidaire

5 ☐ curieux de l'effet

12 ☐ je ne voulais pas m'injecter

6 ☐ trouver un meilleur moyen de prendre des drogues

13 ☐ autre _____

7 ☐ expérience

14 ☐ autre _____

4G- Dans les six derniers mois, avez-vous arrêté de vous injecter volontairement ou par obligation?

RÉPONDRE OUI, MÊME SI L'ARRÊT DÉBUTE AVANT LA PÉRIODE DE SIX MOIS

1 ☐ Oui

2 ☐ Non

PASSER À 4H

Est-ce que c'était volontairement ou par obligation?

1 ☐ Volontairement : désintox/thérapie

2 ☐ Par obligation : thérapie obligatoire, prison, voyage, autre

Quelle était la dernière fois (Date du début)?

Combien de jours?

4H- Quand vous êtes-vous injecté la dernière fois?

ÊTRE COHÉRENT AVEC LE TABLEAU SUR LES DROGUES DES P.5-11.

_____/_____/_____
jour mois année

4I- Durant les quatre dernières semaines, quelles ont été vos habitudes d'injection?

Total jours d'injection : _____

Nombre d'injections par jour en moyenne (les jours où vous vous êtes injectés) : _____

SI LA PERSONNE NE S'EST PAS INJECTÉ DURANT LES 4 DERNIÈRES SEMAINES, COMPLÉTER LE QUESTIONNAIRE ET LUI DIRE À LA FIN DE L'ENTREVUE QU'ELLE N'EST PAS ADMISSIBLE

Donc si je fais le calcul, dans les quatre dernières semaines vous vous êtes injecté _____ fois?
VÉRIFIER AUPRÈS DE LA PERSONNE SI LE NOMBRE CORRESPOND EFFECTIVEMENT AU NOMBRE D'INJECTIONS.
SINON REVENIR AUX QUESTIONS PRÉCÉDENTES

4J- Dans les six derniers mois, combien de jours vous êtes vous injecté? _____

4K- Pendant les jours où vous vous injectiez, quelle a été votre fréquence mensuelle moyenne d'injection?

INSCRIRE LE NUMÉRO CORRESPONDANT DU TABLEAU DES FRÉQUENCES

le mois dernier _____

il y a 2 mois _____

il y a 3 mois _____

il y a 4 mois _____

il y a 5 mois _____

il y a 6 mois _____

FRÉQUENCES

0	AUCUNE INJECTION
1	1 À 3 / JOUR
2	4 À 6 / JOUR
3	7 À 10 / JOUR
4	PLUS DE 10 FOIS / JOUR

4L- Pendant les jours où vous vous injectiez, quelle a été votre fréquence globale d'injection dans les six derniers mois? _____

INSCRIRE LE NUMÉRO CORRESPONDANT DU TABLEAU DES FRÉQUENCES

4M- Dans les six derniers mois, dans quelle ville ou quel arrondissement de Montréal, vous êtes-vous injecté le plus souvent? _____

CONSULTER LA CARTE POUR TROUVER L'ARRONDISSEMENT ET INSCRIRE LE NUMÉRO CORRESPONDANT

4N- Dans les six derniers mois, vous êtes-vous injecté dans les endroits suivants et quel pourcentage d'injections y avez-vous effectué? **LE TOTAL DOIT DONNER 100%**

	% injection		% injection
1 <input type="checkbox"/> chez vous (chambre / appartement)	%	7 <input type="checkbox"/> bar / restaurant	%
2 <input type="checkbox"/> toilettes publiques	%	8 <input type="checkbox"/> chez le «dealer»	%
3 <input type="checkbox"/> chez un ami	%	9 <input type="checkbox"/> au sauna	%
4 <input type="checkbox"/> crack house/piqueries/shooting gallery	%	10 <input type="checkbox"/> en prison, dans un centre de détention	%
5 <input type="checkbox"/> rue (ruelle / perron)	%	11 <input type="checkbox"/> peepshow	%
6 <input type="checkbox"/> parc	%	12 <input type="checkbox"/> autre _____	%

SECTION 5: EXCÈS DE DROGUE

5A- Dans les six derniers mois, avez-vous fait une overdose accidentelle? 1 ☐ Oui

2 ☐ Non

Combien de fois? _____

PASSER À 5B

À quand remonte la dernière fois? _____ / _____ / _____

jour mois année

Avez-vous reçu une attention médicale (ambulance, urgence, etc.)? 1 ☐ Oui

2 ☐ Non

5B- Avez-vous déjà consommé par excès en perdant le contrôle de votre consommation, en vous injectant plus que d'habitude? 1 ☐ Oui 2 ☐ Non → **PASSER À LA SECTION 6 (P.16)**

Si oui, quand l'avez-vous fait la première fois? _____ / _____

mois année

5C- Dans les six derniers mois, vous est-il arrivé de consommer par excès, de perdre le contrôle de votre consommation, en vous injectant plus que d'habitude? 1 ☐ Oui 2 ☐ Non

PASSER À LA SECTION 6 (P.16)

Si oui, à quelle fréquence avez-vous eu ces excès? (Au besoin faire la moyenne)

1 ☐ plus d'une fois par semaine

5 ☐ 1 fois par mois

9 ☐ 1 fois par 5 mois

2 ☐ une fois par semaine

6 ☐ 1 fois par 2 mois

10 ☐ 1 fois par 6 mois

3 ☐ 1 fois par 2 semaines

7 ☐ 1 fois par 3 mois

4 ☐ 1 fois par 3 semaines

8 ☐ 1 fois par 4 mois

5D- Dans les six derniers mois, combien de temps, en général, duraient vos excès?

_____ # de jours

5E- Pendant ces excès, combien de fois par jour en moyenne, vous injectez-vous?

_____ injections / jour

5F- Pendant ces excès, quelle(s) est(sont) la (les) drogue(s) principale(s) que vous vous injectez?

1 ☐ héroïne IV

5 ☐ amphétamines IV

2 ☐ cocaïne IV

6 ☐ Talwin et Ritalin IV

3 ☐ Speedball

7 ☐ autres _____

4 ☐ autres opiacés IV (Morphine)

5G- Est-ce qu'il y avait d'autres personnes?

1 ☐ Oui

2 ☐ Non
PASSER À 5H

Si oui, qui?

1 ☐ Conjoint(e)/blonde/ partenaire sexuel(le)

2 ☐ Membres de la famille

3 ☐ Ami(e)s proches

4 ☐ Partenaire de cotation/ consommation

5 ☐ Connaissances (dealer, personne de passage,...)

6 ☐ Étrangers

7 ☐ Détenus

8 ☐ Autre : _____

5H- Pendant ces excès, est-ce que vous arrivez à suivre la trace de vos aiguilles?

1 ☐ Oui

2 ☐ Non

5I- Pendant ces excès, est-ce que vous avez utilisé des seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre?

1 ☐ Oui

2 ☐ Non

3 ☐ Pas certain

5J- Pendant ces excès, prenez-vous d'autres drogues que vous ne vous injectez pas?

1 ☐ Marijuana

2 ☐ Crack

3 ☐ Speed

4 ☐ LSD

5 ☐ Ts & Rs

6 ☐ Tranquillisants

7 ☐ Ecstasy

8 ☐ T3's (Tylénol Xtra fort ou avec codéine)

9 ☐ Autre _____

10 ☐ Alcool

11 ☐ Aucune

SECTION 6: ÉCHANGE DE SERINGUES

6A- Dans les six derniers mois, avez-vous obtenu vos seringues aux sources suivantes

Si OUI, COCHER ET INDIQUER LE POURCENTAGE DE SERINGUES OBTENUES À CETTE SOURCE

	% seringues		% seringues
a <input type="checkbox"/> Cactus	%	i <input type="checkbox"/> Amis / partenaires	%
b <input type="checkbox"/> Anonyme	%	j <input type="checkbox"/> Clinique	%
c <input type="checkbox"/> Spectre	%	k <input type="checkbox"/> CLSC	%
d <input type="checkbox"/> Pré-fixe	%	l <input type="checkbox"/> Infirmier(ière) de rue	%
e <input type="checkbox"/> Pharmacies	%	m <input type="checkbox"/> Travailleur(se) de rue	%
f <input type="checkbox"/> Autres programmes échange seringues	%	n <input type="checkbox"/> Piqueries	%
g <input type="checkbox"/> Achetées dans la rue	%	o <input type="checkbox"/> Autres	%
h <input type="checkbox"/> Dealer	%		

LE TOTAL DOIT DONNER 100%

SI LA PERSONNE OBTIENT SES SERINGUES DE QUELQU'UN QUI VA LES CHERCHER POUR ELLE, C'EST CETTE PERSONNE QUE L'ON DOIT INDIQUER DANS LE TABLEAU

6B- Dans les programmes d'échanges de seringues, en général, est-ce que vous pouvez échanger autant de seringues que vous voulez?

1 ☐ Oui 2 ☐ Non 3 ☐ N/A

Si non, pourquoi? _____

6C- Dans les 28 derniers jours, combien de fois vous êtes-vous procuré des seringues neuves en allant vous-même au programme d'échange de seringues?

Combien de seringues neuves vous êtes-vous procuré? _____

6D- Dans les six derniers mois, combien de fois quelqu'un d'autre s'est rendu au programme d'échange pour échanger des seringues pour vous?

1 ☐ toujours (100%) 2 ☐ souvent (> 75%) 3 ☐ parfois (26 – 74%)
4 ☐ rarement (< 25%) 5 ☐ jamais (0%)

6E- Dans les six derniers mois, combien de fois êtes-vous allé au programme d'échange pour échanger des seringues pour quelqu'un d'autre?

1 ☐ toujours (100%) 2 ☐ souvent (> 75%) 3 ☐ parfois (26 – 74%)
4 ☐ rarement (< 25%) 5 ☐ jamais (0%)

6F- Dans les six derniers mois, combien de fois vous êtes-vous procuré vos seringues dans une pharmacie?

1 ☐ toujours (100%) 2 ☐ souvent (> 75%) 3 ☐ parfois (26 – 74%)
4 ☐ rarement (< 25%) 5 ☐ jamais (0%)

6G- Dans les six derniers mois, est-ce qu'on vous a refusé des seringues dans une pharmacie?

1 ☐ Oui

2 ☐ Non

3 ☐ Jamais essayé

6H- En ce moment, est-ce que vous trouvez difficile de vous procurer des seringues neuves quand vous en avez besoin?

1 ☐ Oui

2 ☐ Non

3 ☐ Parfois

4 ☐ N/A

Si oui ou parfois, pourquoi? _____

SECTION 7: PARTAGE DE SERINGUES ET DE MATÉRIEL

7A- Dans les six derniers mois, avez-vous utilisé le même matériel de consommation que quelqu'un d'autre, peu importe que cette personne l'ait utilisé avant ou après vous?

- | | | |
|---|--------------------------------|--------------------------------|
| 1- Contenant de préparation sans chauffage (cuiller, bouchon, sac de plastique, wash ...) | 1 <input type="checkbox"/> Oui | 2 <input type="checkbox"/> Non |
| 2- Cooker (contenant chauffé) | 1 <input type="checkbox"/> Oui | 2 <input type="checkbox"/> Non |
| 3- Eau (contenant) | 1 <input type="checkbox"/> Oui | 2 <input type="checkbox"/> Non |
| 4- Garrot, Sling | 1 <input type="checkbox"/> Oui | 2 <input type="checkbox"/> Non |
| 5- Filtre, Tampon, Coton | 1 <input type="checkbox"/> Oui | 2 <input type="checkbox"/> Non |
| 6- Joint, Pipe, Toker, Bunk, Chilloum | 1 <input type="checkbox"/> Oui | 2 <input type="checkbox"/> Non |
| 7- Paille, billet de banque, clé | 1 <input type="checkbox"/> Oui | 2 <input type="checkbox"/> Non |

7B- Dans les six derniers mois, combien de fois (%) vous êtes-vous injecté seul?

- | | | | |
|---|--|---|--|
| 1 <input type="checkbox"/> toujours (100%) | 2 <input type="checkbox"/> souvent (> 75%) | 3 <input type="checkbox"/> parfois (26 – 74%) | 7 <input type="checkbox"/> N/A (pas d'injection) |
| 4 <input type="checkbox"/> rarement (< 25%) | 5 <input type="checkbox"/> jamais (0%) | 6 <input type="checkbox"/> ne sait pas | |

7C- Dans les six derniers mois, vous êtes-vous injecté en présence des personnes suivantes?

- | | |
|---|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Conjoint(e)/blonde/ partenaire sexuel(le) | 6 <input type="checkbox"/> Étrangers |
| 2 <input type="checkbox"/> Membres de la famille | 7 <input type="checkbox"/> Détenus |
| 3 <input type="checkbox"/> Ami(e)s proches | 8 <input type="checkbox"/> Autre : _____ |
| 4 <input type="checkbox"/> Partenaire cotation/ consommation | 9 <input type="checkbox"/> Seul |
| 5 <input type="checkbox"/> Connaissances (dealer, personne de passage,....) | 10 <input type="checkbox"/> N/A (pas d'injection) |

7D- Dans les quatre dernières semaines, vous êtes-vous injecté en présence d'au moins une autre personne qui s'injectait durant la même période d'injection?

- 1 ☐ Oui 2 ☐ Non 3 ☐ N/A (pas d'injection)

↓
* COMPLÉTER LE QUESTIONNAIRE **DERNIER ÉPISODE D'INJECTION** À LA FIN DE CE QUESTIONNAIRE*

Lire les définitions suivantes au participant avant de poser les questions de cette section.

UTILISER UNE SERINGUE AYANT DÉJÀ ÉTÉ UTILISÉE PAR QUELQU'UN D'AUTRE FAIT RÉFÉRENCE À TOUTE PRATIQUE INCLUANT UNE SERINGUE AYANT SERVI À L'INJECTION OU AYANT ÉTÉ EN CONTACT DIRECT OU INDIRECT AVEC DU SANG: PAR EXEMPLE, S'INJECTER AVEC UNE SERINGUE AVEC LAQUELLE QUELQU'UN S'EST DÉJÀ INJECTÉ, FAIRE DU BACKLOADING, REMPLIR VOTRE SERINGUE À PARTIR DE LA SERINGUE SOUILLÉE PAR DU SANG, MÉLANGER LA DROGUE DANS UNE MÊME SERINGUE AYANT DÉJÀ SERVI POUR L'INJECTION

7E- Avez-vous déjà utilisé une seringue utilisée par quelqu'un d'autre? 1 ☐ Oui 2 ☐ Non
PASSER À Q7G

Quand avez-vous partagé des seringues la 1^{ère} fois? _____ / _____ / _____
jour mois année

Si oui, est-ce que vous avez partagé des seringues dans les six derniers mois?

- | | |
|-------------------------------------|----------------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> aucune | 4 <input type="checkbox"/> 6-10 |
| 2 <input type="checkbox"/> une fois | 5 <input type="checkbox"/> > 10 |
| 3 <input type="checkbox"/> < 5 | 6 <input type="checkbox"/> > 100 |

De combien de personnes venaient ces seringues? _____

Quand avez-vous partagé la dernière fois? _____ / _____ / _____
jour mois année

Dans les six derniers mois, combien de fois vous êtes-vous injecté avec une seringue qui a été utilisée par quelqu'un d'autre qui a fait du booting (pomper, tirer du sang dans la seringue avant de s'injecter)?

- | | |
|---|---|
| 1 <input type="checkbox"/> toujours (100%) | 4 <input type="checkbox"/> rarement (< 25%) |
| 2 <input type="checkbox"/> souvent (> 75%) | 5 <input type="checkbox"/> jamais (0%) |
| 3 <input type="checkbox"/> parfois (26 – 74%) | 6 <input type="checkbox"/> ne sait pas |

7F- Dans les 28 derniers jours, de combien de personnes différentes avez-vous utilisé des seringues avec lesquelles elles s'étaient déjà injectées? _____

Qui étaient ces personnes?

- | | |
|--|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Conjoint(e)/blonde/ partenaire sexuel(le) | 6 <input type="checkbox"/> Étrangers |
| 2 <input type="checkbox"/> Membres de la famille | 7 <input type="checkbox"/> Détenus |
| 3 <input type="checkbox"/> Ami(e)s proches | 8 <input type="checkbox"/> Seringues trouvées |
| 4 <input type="checkbox"/> Partenaires de cotation/ consommation | 9 <input type="checkbox"/> Incertain |
| 5 <input type="checkbox"/> Connaissances (dealer, personne de passage,...) | 10 <input type="checkbox"/> Autre : _____ |

Qui la plupart du temps? INSCRIRE LE CHIFFRE DU TABLEAU PRÉCÉDENT _____

7G- Avez-vous déjà utilisé du matériel d'injection utilisé par quelqu'un d'autre? 1 ☐ Oui 2 ☐ Non

↓
PASSER À Q7H

Quand l'avez-vous fait la dernière fois?

____/____/____
jour mois année

Combien de fois l'avez-vous fait dans les six derniers mois?

- | | |
|-------------------------------------|----------------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> aucune | 4 <input type="checkbox"/> 6-10 |
| 2 <input type="checkbox"/> une fois | 5 <input type="checkbox"/> > 10 |
| 3 <input type="checkbox"/> < 5 | 6 <input type="checkbox"/> > 100 |

Qui avait déjà utilisé ce matériel d'injection?

- | | |
|--|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Conjoint(e)/blonde/ partenaire sexuel(le) | 6 <input type="checkbox"/> Étrangers |
| 2 <input type="checkbox"/> Membres de la famille | 7 <input type="checkbox"/> Détenus |
| 3 <input type="checkbox"/> Ami(e)s proches | 8 <input type="checkbox"/> Matériels trouvés |
| 4 <input type="checkbox"/> Partenaires de cotation/ consommation | 9 <input type="checkbox"/> Incertain |
| 5 <input type="checkbox"/> Connaissances (dealer, personne de passage,...) | 10 <input type="checkbox"/> Autre : _____ |

Qui la plupart du temps? INSCRIRE LE CHIFFRE DU TABLEAU PRÉCÉDENT _____

7H- Avez-vous déjà prêté à quelqu'un des seringues que vous avez utilisées? 1 ☐ Oui 2 ☐ Non

↓
PASSER À Q7I

Si oui, est-ce que vous avez fait cela dans les six derniers mois?

- | | |
|-------------------------------------|----------------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> aucune | 4 <input type="checkbox"/> 6-10 |
| 2 <input type="checkbox"/> une fois | 5 <input type="checkbox"/> > 10 |
| 3 <input type="checkbox"/> < 5 | 6 <input type="checkbox"/> > 100 |

À qui en avez-vous prêté?

- | | |
|--|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Conjoint(e)/blonde/ partenaire sexuel(le) | 6 <input type="checkbox"/> Étrangers |
| 2 <input type="checkbox"/> Membres de la famille | 7 <input type="checkbox"/> Détenus |
| 3 <input type="checkbox"/> Ami(e)s proches | 8 <input type="checkbox"/> Incertain |
| 4 <input type="checkbox"/> Partenaire cotation/ consommation | 9 <input type="checkbox"/> Autre : _____ |
| 5 <input type="checkbox"/> Connaissances (dealer, personne de passage,...) | |

À qui en avez-vous prêté la plupart du temps? INSCRIRE LE CHIFFRE DU TABLEAU PRÉCÉDENT _____

7I- Dans les six derniers mois, en général, est-ce que vous avez utilisé une seule fois vos seringues?

- 1 ☐ Oui 2 ☐ Non
PASSER À 7J

Sinon, combien de fois en moyenne utilisez-vous la même seringue? _____

7J- Est-ce que vous nettoyez vos seringues entre les injections?

1 ☐ Oui

2 ☐ Non

3 ☐ Usage unique (100% DES FOIS)

PASSEZ À 7K

Qu'est-ce que vous utilisez pour les nettoyer?

a ☐ de l'alcool

d ☐ les rincer à l'eau seulement

b ☐ les faire bouillir ou les chauffer

e ☐ autre _____

c ☐ les laver à l'eau de javel et trousse

7K- Dans les 28 derniers jours, quel est le pourcentage de vos injections faites avec des seringues neuves, jamais utilisées? _____% ☐ N/A (pas d'injection dans les 28 derniers jours)

7L- Dans les six derniers mois, combien de fois avez-vous eu besoin de l'aide de quelqu'un pour vous injecter

1 ☐ toujours (100%)

4 ☐ rarement (< 25%)

2 ☐ souvent (> 75%)

5 ☐ jamais (0%)

3 ☐ parfois (26 – 74%)

6 ☐ ne sait pas

Pourquoi avez-vous besoin d'aide pour vous injecter? _____

7M- Dans les six derniers mois, êtes-vous allé dans des endroits où vous ne connaissez pas les gens et où vous vous injectez en groupe comme dans des crack houses ou des piqueries?

1 ☐ jamais

2 ☐ une fois

3 ☐ < 5

4 ☐ 6-10

5 ☐ > 10

6 ☐ > 100

7N- Dans les 6 derniers mois, quel est le maximum de personnes avec lesquelles vous avez partagé des seringues ou du matériel d'injection en une seule occasion? _____

7O- Dans les six derniers mois, avez-vous partagé vos seringues avec une (des) personne(s) séropositive(s) au VIH?

1 ☐ Oui

2 ☐ Non

3 ☐ Ne sait pas

Si oui, combien de fois? _____

Saviez-vous que cette (ces) personne(s) étai(en)t séropositive(s)? 1 ☐ Oui 2 ☐ Non

7P- Dans les six derniers mois, avez-vous partagé le matériel d'injection avec une (des) personne(s) séropositive(s) au VIH?

1 ☐ Oui

2 ☐ Non

3 ☐ Ne sait pas

Si oui, combien de fois? _____

Saviez-vous que cette (ces) personne(s) étai(en)t séropositive(s)? 1 ☐ Oui 2 ☐ Non

7Q- Dans les six derniers mois, avez-vous partagé vos seringues avec une (des) personne(s) infectée(s) par l'hépatite C? 1 ☐ Oui 2 ☐ Non 3 ☐ Ne sait pas

Si oui, combien de fois? _____

Saviez-vous que cette (ces) personne(s) étai(en)t infectée(s) par l'hépatite C? 1 ☐ Oui 2 ☐ Non

7R- Dans les six derniers mois, avez-vous partagé le matériel d'injection avec une (des) personne(s) infectée(s) par l'hépatite C? 1 ☐ Oui 2 ☐ Non 3 ☐ Ne sait pas

Si oui, combien de fois? _____

Saviez-vous que cette (ces) personne(s) étai(en)t infectée(s) par l'hépatite C? 1 ☐ Oui 2 ☐ Non

7S- Dans vos connaissances, combien de personnes sont séropositives ou ont le sida? _____

7T- Dans vos connaissances, combien de personnes sont infectée(s) par l'hépatite C? _____

SECTION 8 : COMPORTEMENTS SEXUELS

8A- Quelle est votre orientation ou préférence sexuelle?

- 1 ☐ Hétérosexuelle 3 ☐ Bisexuelle
2 ☐ Homosexuelle 4 ☐ Refuse de répondre

8B- À quel âge avez-vous commencé à avoir des relations sexuelles complètes (pénétration vaginale, orale ou anale)? _____

8C- Avez-vous déjà fait de la prostitution?

- 1 ☐ Oui 2 ☐ Non

Si oui, quand la première fois?

_____ / _____ / _____
jour mois année
PASSEZ À 8D

Si oui, avez-vous cessé de faire de la prostitution?

- 1 ☐ Oui 2 ☐ Non

Si oui, quand avez-vous cessé?

_____ / _____ / _____
jour mois année

8D- Dans les six derniers mois, avez-vous eu des relations sexuelles?

- 1 ☐ Oui 2 ☐ Non

PASSEZ À LA SECTION 9(P.32)

POUR LES FEMMES, RÉPONDRE À LA Section 8.1

POUR LES HOMMES

AVEZ-VOUS EU DES RELATIONS AVEC DES FEMMES SEULEMENT? DES HOMMES SEULEMENT? AVEC LES DEUX?

☐ Si avec des **FEMMES** seulement, RÉPONDRE **UNIQUEMENT** À LA SECTION 8.1

☐ Si avec des **HOMMES** seulement, RÉPONDRE **UNIQUEMENT** À LA SECTION 8.2

☐ Si avec des **HOMMES et des FEMMES**,

RÉPONDRE AUX SECTIONS 8.1, POUR LES RELATION AVEC DES FEMMES

RÉPONDRE AUX SECTIONS 8.2, POUR LES RELATION AVEC DES HOMMES

SECTION 8.1: RELATIONS HÉTÉROSEXUELLES, BISEXUELLES OU LESBIENNES

PARTENAIRE RÉGULIER(ÈRE)

LIRE LA DÉFINITION SUIVANTE AVANT DE POSER LES QUESTIONS :

UN PARTENAIRE RÉGULIER EST UNE PERSONNE AVEC QUI L'ON A ÉTÉ PENDANT PLUS DE TROIS MOIS.

8.1A- a) Dans les six derniers mois avez-vous eu un(e) partenaire sexuel(le) régulier(ère)?

- 1 ☐ Oui 2 ☐ Non

QUESTION 8.1B

Ce(tte) partenaire est-il(elle) du sexe opposé?

- 1 ☐ Oui 2 ☐ Non

b) En ce moment, avez-vous un(e) partenaire sexuel(le) régulier(ère)? 1 ☐ Oui 2 ☐ Non

QUESTION 8.1B

Si oui, depuis quand?

____ / ____ / ____
jour mois année

Ce(tte) partenaire est-il(elle) du sexe opposé? 1 ☐ Oui 2 ☐ Non

c) Quelles pratiques sexuelles avez-vous avec votre partenaire régulier(ère)?

LES QUESTIONS SUIVANTES CONCERNENT LE/LA PARTENAIRE SEXUEL(LE) RÉGULIER LE/LA PLUS RÉCENT(E) QUE VOUS AVEZ EU

	Fréquence des rapports sexuels				Fréquence utilisation du condom				
	# /jour	# /sem.	# /mois	#/6 mois	Toujours	La plupart du temps	Quelques fois	Rarement	Jamais
					1	2	3	4	5
Vaginale									
Orale									
Anale									

FRÉQUENCE DES RAPPORTS SEXUELS: INDIQUER 1 SEUL CHIFFRE DANS LA PÉRIODICITÉ PERTINENTE
FRÉQUENCE UTILISATION DU CONDOM : INDIQUER LE CHIFFRE CORRESPONDANT

d) Est-ce que votre partenaire régulier(ère) s'injecte des drogues?

1 ☐ Oui 2 ☐ Non 3 ☐ Pas certain

e) Votre partenaire régulier(ère) a-t-il(elle) des activités de prostitution?

1 ☐ Oui 2 ☐ Non 3 ☐ Pas certain

f) Est-ce que votre partenaire régulier(ère) est séropositif(ve) au VIH?

1 ☐ Oui 2 ☐ Non 3 ☐ Pas certain

g) En ce moment avez-vous plus d'un(e) partenaire sexuel(le) régulier(ère)?

1 ☐ Oui 2 ☐ Non

PARTENAIRE(S) OCCASIONNEL(LES)

LIRE LA DÉFINITION SUIVANTE AVANT DE POSER LES QUESTIONS :

ON CONSIDÈRE COMME PARTENAIRE OCCASIONNEL, TOUT PARTENAIRE AVEC LEQUEL IL N'Y A PAS EU UNE RELATION DE PLUS DE TROIS MOIS. CETTE RELATION NE DOIT PAS ÊTRE DANS UN CONTEXTE DE PROSTITUTION, AVEC ÉCHANGE D'ARGENT.

8.1B- a) Dans les six derniers mois, avez-vous eu des partenaires occasionnel(le)s?

1 ☐ Oui

2 ☐ Non

Si oui, combien? _____

PASSER À 8.1C

Quel est le sexe de votre(vos) partenaire(s) occasionnel(les)?

1 ☐ sexe opposé

2 ☐ même sexe

POUR LES HOMMES, SI L'HOMME A DES PARTENAIRES OCCASIONNELS MASCULINS SEULEMENT, VOUS DEVEZ RÉPONDRE À LA SECTION 8.2. SI L'HOMME A DES PARTENAIRES OCCASIONNEL(LE)S MASCULINS ET FÉMININES, VOUS DEVEZ RÉPONDRE À 8.1B. POUR LES PARTENAIRES FÉMININES SEULEMENT ET À LA SECTION 8.2 POUR LES PARTENAIRES MASCULINS.

b) Quelles pratiques sexuelles avez-vous avec votre(vos) partenaire(s) occasionnel(les)?

	Fréquence des rapports sexuels				Fréquence utilisation du condom				
					Toujours	La plupart du temps	Quelques fois	Rarement	Jamais
	# /jour	# /sem.	# /mois	#/6 mois	1	2	3	4	5
Vaginale									
Orale (homme-femme)									
Orale (femme-femme)									
Anale									

FRÉQUENCE DES RAPPORTS SEXUELS: INDiquer 1 SEUL CHIFFRE DANS LA PÉRIODICITÉ PERTINENTE

FRÉQUENCE UTILISATION DU CONDOM : INDiquer LE CHIFFRE CORRESPONDANT

c) Est-ce que l'un(e) de vos partenaires occasionnel(le)s s'injecte des drogues?

1 ☐ Oui

2 ☐ Non

3 ☐ Pas certain

d) Est-ce que l'un(e) de vos partenaires occasionnel(le)s a des activités de prostitution?

1 ☐ Oui

2 ☐ Non

3 ☐ Pas certain

e) Est-ce que l'un(e) de vos partenaires occasionnel(le)s est séropositif(ve) au VIH?

1 ☐ Oui

2 ☐ Non

3 ☐ Pas certain

ACTIVITÉS DE PROSTITUTION

POUR LES HOMMES : SI L'HOMME A DES ACTIVITÉS DE PROSTITUTION AVEC DES **HOMMES SEULEMENT**, PASSER À LA SECTION 8.2.

SI L'HOMME A DES ACTIVITÉS DE PROSTITUTION AVEC DES **HOMMES ET DES FEMMES**, VOUS DEVEZ RÉPONDRE À 8.1C, 8.1D, 8.1E POUR LES ACTIVITÉS DE PROSTITUTION AVEC DES FEMMES ET À LA SECTION 8.2 POUR LES PARTENAIRES MASCULINS.

8.1C- a) Dans les six derniers mois, avez-vous payé quelqu'un pour avoir des relations sexuelles?

1 ☐ Oui 2 ☐ Non 3 ☐ Pas certain

QUESTION 8.1D

b) Si oui, quelles pratiques sexuelles avez-vous eues?

	Fréquence des rapports sexuels				Fréquence utilisation du condom				
	# /jour	# /sem.	# /mois	#/6 mois	Toujours	La plupart du temps	Quelques fois	Rarement	Jamais
					1	2	3	4	5
Vaginale									
Orale (homme-femme)									
Orale (femme-femme)									
Anale									

FRÉQUENCE DES RAPPORTS SEXUELS: INDIQUER 1 SEUL CHIFFRE DANS LA PÉRIODICITÉ PERTINENTE

FRÉQUENCE UTILISATION DU CONDOM : INDIQUER LE CHIFFRE CORRESPONDANT

8.1D- a) Dans les six derniers mois, avez-vous été payé(e) pour avoir des relations sexuelles?

1 ☐ Oui 2 ☐ Non 3 ☐ Pas certain

b) Si oui, quelles pratiques sexuelles avez-vous eues?

PASSER À 8.3

	Fréquence des rapports sexuels				Fréquence utilisation du condom				
	# /jour	# /sem.	# /mois	#/6 mois	Toujours	La plupart du temps	Quelques fois	Rarement	Jamais
					1	2	3	4	5
Vaginale									
Orale (homme-femme)									
Orale (femme-femme)									
Anale									

FRÉQUENCE DES RAPPORTS SEXUELS: INDIQUER 1 SEUL CHIFFRE DANS LA PÉRIODICITÉ PERTINENTE

FRÉQUENCE UTILISATION DU CONDOM : INDIQUER LE CHIFFRE CORRESPONDANT

SECTION 8.2: RELATIONS ENTRE HOMMES

PARTENAIRE(S) SEXUEL(S) MASCULIN(S) RÉGULIER(S).

LIRE LA DÉFINITION SUIVANTE AVANT DE POSER LES QUESTIONS :

UN PARTENAIRE SEXUEL RÉGULIER EST QUELQU'UN AVEC QUI VOUS AVEZ EU AU MOINS DEUX RENCONTRES SEXUELLES ET QUE VOUS AVEZ (AVIEZ) L'INTENTION DE REVOIR.

8.2A- a) Dans les six derniers mois, combien de partenaires réguliers avez-vous eu environ?

1 ☐ aucun PASSER À 8.2C

4 ☐ entre 6 et 19

2 ☐ seulement 1

5 ☐ entre 20 et 49

3 ☐ entre 2 et 5

6 ☐ 50 ou plus

b) Quelles pratiques sexuelles avez-vous avec votre partenaire régulier(ère)?

	Fréquence des rapports sexuels				Fréquence utilisation du condom				
					Toujours	La plupart du temps	Quelques fois	Rarement	Jamais
	# /jour	# /sem.	# /mois	#/6 mois	1	2	3	4	5
Orale									
Anale									

FRÉQUENCE DES RAPPORTS SEXUELS: INDIQUER 1 SEUL CHIFFRE DANS LA PÉRIODICITÉ PERTINENTE

FRÉQUENCE UTILISATION DU CONDOM : INDIQUER LE CHIFFRE CORRESPONDANT

c) Dans les six derniers mois, lors de vos relations anales avec ce(s) partenaire(s) régulier(s), est-il arrivé?

a) que le condom s'enlève ou se déchire	b) que vous utilisiez du lubrifiant avec le condom	c) que vous ayez des saignements à l'anus
1 <input type="checkbox"/> jamais	1 <input type="checkbox"/> jamais	1 <input type="checkbox"/> jamais
2 <input type="checkbox"/> rarement	2 <input type="checkbox"/> rarement	2 <input type="checkbox"/> rarement
3 <input type="checkbox"/> quelquefois	3 <input type="checkbox"/> quelquefois	3 <input type="checkbox"/> quelquefois
4 <input type="checkbox"/> assez souvent	4 <input type="checkbox"/> assez souvent	4 <input type="checkbox"/> assez souvent
5 <input type="checkbox"/> très souvent	5 <input type="checkbox"/> très souvent	5 <input type="checkbox"/> très souvent
8 <input type="checkbox"/> nous n'avons jamais utilisé le condom	8 <input type="checkbox"/> nous n'avons jamais utilisé le condom	8 <input type="checkbox"/> mon partenaire ne m'a pas pénétré dans l'anus

d) Est-ce que votre(vos) partenaire(s) régulier(s) s'injecte(nt) des drogues?

1 ☐ Oui 2 ☐ Non

3 ☐ Pas certain

e) Votre(vos) partenaire(s) régulier(s) a(ont)-t-il(s) des activités de prostitution?

1 ☐ Oui 2 ☐ Non

3 ☐ Pas certain

PARTENAIRE(S) SEXUEL(S) MASCULIN(S) RÉGULIER(S). dont vous étiez sûr qu'il(s) étai(en)t infecté(s) par le virus du sida

8.2B- a) Dans les six derniers mois, parmi vos partenaires réguliers, combien environ y en avait-il dont vous étiez sûr qu'ils étaient infectés par le virus du sida ou qu'ils avaient le sida?

- 1 ☐ aucun *PASSER À 8.2C*
 2 ☐ seulement 1
 3 ☐ entre 2 et 5
 4 ☐ 5 ou plus

b) Dans les six derniers mois, quelles pratiques sexuelles avez-vous avec vos partenaires réguliers dont vous étiez sûr qu'ils étaient infectés par le virus du sida ou qu'ils avaient le sida?

	Fréquence des rapports sexuels				Fréquence utilisation du condom				
	# /jour	# /sem.	# /mois	#/6 mois	Toujours	La plupart du temps	Quelques fois	Rarement	Jamais
					1	2	3	4	5
Orale									
Anale									

FRÉQUENCE DES RAPPORTS SEXUELS: INDIQUER 1 SEUL CHIFFRE DANS LA PÉRIODICITÉ PERTINENTE

FRÉQUENCE UTILISATION DU CONDOM : INDIQUER LE CHIFFRE CORRESPONDANT

c) Dans les six derniers mois, lors de vos relations anales avec ce(s) partenaire(s) régulier(s), dont vous étiez sûr qu'il(s) étai(en)t infecté(s) par le virus du sida ou qu'il(s) avai(en)t le sida est-il arrivé?

a) que le condom s'enlève ou se déchire	b) que vous utilisiez du lubrifiant avec le condom	c) que vous ayez des saignements à l'an
1 <input type="checkbox"/> jamais 2 <input type="checkbox"/> rarement 3 <input type="checkbox"/> quelquefois 4 <input type="checkbox"/> assez souvent 5 <input type="checkbox"/> très souvent 8 <input type="checkbox"/> nous n'avons jamais utilisé le condom	1 <input type="checkbox"/> jamais 2 <input type="checkbox"/> rarement 3 <input type="checkbox"/> quelquefois 4 <input type="checkbox"/> assez souvent 5 <input type="checkbox"/> très souvent 8 <input type="checkbox"/> nous n'avons jamais utilisé le condom	1 <input type="checkbox"/> jamais 2 <input type="checkbox"/> rarement 3 <input type="checkbox"/> quelquefois 4 <input type="checkbox"/> assez souvent 5 <input type="checkbox"/> très souvent 8 <input type="checkbox"/> mon partenaire ne m'a pas pénétré dans l'an

PARTENAIRE(S) MASCULIN(S) OCCASIONNEL(S).

LIRE LA DÉFINITION SUIVANTE AVANT DE POSER LES QUESTIONS :

UN PARTENAIRE OCCASIONNEL EST QUELQU'UN AVEC QUI VOUS AVEZ EU UNE SEULE RENCONTRE SEXUELLE («ONE NIGHT STAND») ET QUE VOUS N'AVEZ PAS CHERCHÉ À REVOIR NÉCESSAIREMENT. SI VOUS L'AVEZ REVU DANS LE CONTEXTE D'UNE AUTRE RENCONTRE SEXUELLE, C'EST PAR HASARD.

8.2C- a) Dans les six derniers mois, combien de partenaires occasionnels avez-vous eu environ?

- 1 ☐ aucun *PASSER À 8.2E*
 2 ☐ seulement 1
 3 ☐ entre 2 et 5
 4 ☐ entre 6 et 19
 5 ☐ entre 20 et 49
 6 ☐ 50 ou plus

b) Quelles pratiques sexuelles avez-vous avec votre(vos) partenaire(s) occasionnel(s)?

	Fréquence des rapports sexuels				Fréquence utilisation du condom				
	# /jour	# /sem.	# /mois	#/6 mois	Toujours	La plupart du temps	Quelques fois	Rarement	Jamais
					1	2	3	4	5
Orale									
Anale									

FRÉQUENCE DES RAPPORTS SEXUELS: INDiquer 1 SEUL CHIFFRE DANS LA PÉRIODICITÉ PERTINENTE

FRÉQUENCE UTILISATION DU CONDOM : INDiquer LE CHIFFRE CORRESPONDANT

c) Dans les six derniers mois, lors de vos relations anales avec ce(s) partenaire(s) occasionnel(s), est-il arrivé?

a) que le condom s'enlève ou se déchire	b) que vous utilisiez du lubrifiant avec le condom	c) que vous ayez des saignements à l'anus
1 <input type="checkbox"/> jamais	1 <input type="checkbox"/> jamais	1 <input type="checkbox"/> jamais
2 <input type="checkbox"/> rarement	2 <input type="checkbox"/> rarement	2 <input type="checkbox"/> rarement
3 <input type="checkbox"/> quelquefois	3 <input type="checkbox"/> quelquefois	3 <input type="checkbox"/> quelquefois
4 <input type="checkbox"/> assez souvent	4 <input type="checkbox"/> assez souvent	4 <input type="checkbox"/> assez souvent
5 <input type="checkbox"/> très souvent	5 <input type="checkbox"/> très souvent	5 <input type="checkbox"/> très souvent
8 <input type="checkbox"/> nous n'avons jamais utilisé le condom	8 <input type="checkbox"/> nous n'avons jamais utilisé le condom	8 <input type="checkbox"/> mon partenaire ne m'a pas pénétré dans l'anus

PARTENAIRE(S) MASCULIN(S) OCCASIONNEL(S) dont vous étiez sûr qu'il(s) étai(en)t infecté(s) par le virus du sida?

8.2D- a) Dans les six derniers mois, avez-vous eu des partenaires occasionnels infectés par le virus du sida ou qui avaient le sida? 1 ☐ oui 2 ☐ non, pas que je sache

Si oui, combien? _____

PASSER À 8.2E

b) Quelles pratiques sexuelles avez-vous eues?

	Fréquence des rapports sexuels				Fréquence utilisation du condom				
	# /jour	# /sem.	# /mois	#/6 mois	Toujours	La plupart du temps	Quelques fois	Rarement	Jamais
					1	2	3	4	5
Orale									
Anale									

FRÉQUENCE DES RAPPORTS SEXUELS: INDiquer 1 SEUL CHIFFRE DANS LA PÉRIODICITÉ PERTINENTE

FRÉQUENCE UTILISATION DU CONDOM : INDiquer LE CHIFFRE CORRESPONDANT

c) Dans les six derniers mois, lors de vos relations anales avec ce(s) partenaire(s) occasionnel(s), dont vous étiez sûr qu'il(s) étai(en)t infecté(s) par le virus du sida ou qu'il(s) avai(en)t le sida est-il arrivé?

a) que le condom s'enlève ou se déchire	b) que vous utilisiez du lubrifiant avec le condom	c) que vous ayez des saignements à l'an
1 <input type="checkbox"/> jamais	1 <input type="checkbox"/> jamais	1 <input type="checkbox"/> jamais
2 <input type="checkbox"/> rarement	2 <input type="checkbox"/> rarement	2 <input type="checkbox"/> rarement
3 <input type="checkbox"/> quelquefois	3 <input type="checkbox"/> quelquefois	3 <input type="checkbox"/> quelquefois
4 <input type="checkbox"/> assez souvent	4 <input type="checkbox"/> assez souvent	4 <input type="checkbox"/> assez souvent
5 <input type="checkbox"/> très souvent	5 <input type="checkbox"/> très souvent	5 <input type="checkbox"/> très souvent
8 <input type="checkbox"/> nous n'avons jamais utilisé le condom	8 <input type="checkbox"/> nous n'avons jamais utilisé le condom	8 <input type="checkbox"/> mon partenaire ne m'a pas pénétré dans l'an

d) Est-ce que l'un de vos partenaires occasionnels s'injecte des drogues?

1 ☐ Oui 2 ☐ Non 3 ☐ Pas certain

e) Est-ce que l'un de vos partenaires occasionnels a des activités de prostitution?

1 ☐ Oui 2 ☐ Non 3 ☐ Pas certain

PRATIQUES SEXUELLES EN ÉCHANGE D'ARGENT, DE DROGUE, DE BIENS OU DE SERVICES

8.2E- a) Dans les six derniers mois, avez-vous donné à quelqu'un de l'argent ou d'autre chose pour avoir des relations sexuelles?

1 ☐ Oui 2 ☐ Non 3 ☐ Pas certain

Si oui, combien d'hommes ? _____

PASSER À 8.2F

b) Si oui, quelles pratiques sexuelles avez-vous eues?

	Fréquence des rapports sexuels				Fréquence utilisation du condom				
	# /jour	# /sem.	# /mois	#/6 mois	Toujours	La plupart du temps	Quelques fois	Rarement	Jamais
					1	2	3	4	5
Orale									
Anale									

FRÉQUENCE DES RAPPORTS SEXUELS: INDIQUER 1 SEUL CHIFFRE DANS LA PÉRIODICITÉ PERTINENTE

FRÉQUENCE UTILISATION DU CONDOM : INDIQUER LE CHIFFRE CORRESPONDANT

c) Avez-vous DONNÉ plus d'argent, de drogues, de biens ou de services pour avoir des pratiques anales non protégées, c'est-à-dire sans condom?

1 ☐ Oui 2 ☐ Non 3 ☐ J'ai toujours utilisé le condom

8.2F- a) Dans les six derniers mois, avez-vous REÇU de l'argent, de la drogue, des biens ou des services pour avoir des relations sexuelles? 1 ☐ Oui 2 ☐ Non 3 ☐ Pas certain

PASSER À 8.3

b) Si oui, quelles pratiques sexuelles avez-vous eues?

	Fréquence des rapports sexuels				Fréquence utilisation du condom				
					Toujours	La plupart du temps	Quelques fois	Rarement	Jamais
	# /jour	# /sem.	# /mois	#/6 mois	1	2	3	4	5
Orale									
Anale									

FRÉQUENCE DES RAPPORTS SEXUELS: INDIQUER 1 SEUL CHIFFRE DANS LA PÉRIODICITÉ PERTINENTE

FRÉQUENCE UTILISATION DU CONDOM : INDIQUER LE CHIFFRE CORRESPONDANT

c) Avez-vous REÇU plus d'argent, de drogues, de biens ou de services pour avoir des pratiques anales non protégées, c'est-à-dire sans condom?

1 ☐ Oui

2 ☐ Non

3 ☐ J'ai toujours utilisé le condom

SECTION 8.3: NOMBRE TOTAL DE PARTENAIRES SEXUEL(LE)S

8.3- Dans les six derniers mois, combien de partenaires sexuels différents avez-vous eu?

a) sexe masculin _____

b) sexe féminin _____

SECTION 9 : DÉTENTION

9A- Avez-vous déjà séjourné en prison? 1 ☐ Oui

2 ☐ Non

3 ☐ Refuse de répondre

PASSER À LA SECTION 10 (p.34)

Si oui, combien de temps depuis 1978

_____ jour _____ mois _____ année

9B- Dans les six derniers mois, avez-vous été en prison? 1 ☐ Oui 2 ☐ Non 3 ☐ Refuse de répondre

Section 10 (p.34)

Combien de temps au total dans les 6 derniers mois

_____/_____
jour mois

Pour quelle raison? _____

Quand et où étiez-vous en prison ou en centre de détention jeunesse?

	Centre de détention jeunesse	Local	Provincial	Fédéral
	1	2	3	4
Le mois dernier				
Il y a 2 mois				
Il y a 3 mois				
Il y a 4 mois				
Il y a 5 mois				
Il y a 6 mois				

9C- Avez-vous consommé des drogues durant votre séjour?

1 ☐ Oui

2 ☐ Non

PASSER À 9H

9D- Dans les six derniers mois, durant votre détention, avez-vous utilisé le même matériel de consommation que quelqu'un d'autre, peu importe que cette personne l'ait utilisé avant ou après vous?

- | | | |
|---|--------------------------------|--------------------------------|
| 1- Contenant de préparation sans chauffage (Cuiller, bouchon, sac de plastique, wash) | 1 <input type="checkbox"/> Oui | 2 <input type="checkbox"/> Non |
| 2- Cooker (Contenant chauffé) | 1 <input type="checkbox"/> Oui | 2 <input type="checkbox"/> Non |
| 3- Eau, contenant à eau | 1 <input type="checkbox"/> Oui | 2 <input type="checkbox"/> Non |
| 4- Garrot, Sling | 1 <input type="checkbox"/> Oui | 2 <input type="checkbox"/> Non |
| 5- Filtre, Tampon d'alcool, Coton | 1 <input type="checkbox"/> Oui | 2 <input type="checkbox"/> Non |
| 6- Joint, Pipe, Toker, Bunk, Chilloum | 1 <input type="checkbox"/> Oui | 2 <input type="checkbox"/> Non |
| 7- Paille, billet, clef, etc. | 1 <input type="checkbox"/> Oui | 2 <input type="checkbox"/> Non |

9E- Vous êtes-vous injecté des drogues durant votre séjour? 1 ☐ Oui 2 ☐ Non

↓
QUESTION 9H

9F- Dans les six derniers mois, pendant que vous étiez en prison, combien de fois vous êtes-vous injecté?

- 1 ☐ une fois 2 ☐ 2-5 3 ☐ 6-10 4 ☐ 11-100 5 ☐ > 100

Avez-vous utilisé une aiguille neuve à chaque fois?

- 1 ☐ Oui 2 ☐ Non

↓
PASSER À 9G

Si non, où/auprès de qui les avez-vous obtenues?

Les avez-vous nettoyées?

- 1 ☐ Oui 2 ☐ Non

Si oui, comment?

- | | |
|--|---|
| a <input type="checkbox"/> de l'alcool | d <input type="checkbox"/> les rincer à l'eau seulement |
| b <input type="checkbox"/> les faire bouillir ou les chauffer | e <input type="checkbox"/> autre _____ |
| c <input type="checkbox"/> les laver à l'eau de javel et trousse | |

9G- Avez-vous partagé vos seringues utilisées avec d'autres personnes? 1 ☐ Oui 2 ☐ Non

9H- Avez-vous eu des relations sexuelles avec des codétenu(e)s? 1 ☐ Oui 2 ☐ Non

9I- Dans les six derniers mois, lorsque vous étiez en prison, avez-vous eu des tatouages ou du perçage (body piercing)? 1 ☐ Oui 2 ☐ Non 3 ☐ Ne se souvient pas/incertain

Si oui, l'équipement était-il stérile? 1 ☐ Oui 2 ☐ Non 3 ☐ Parfois 4 ☐ Ne sait pas

SECTION 10 : TRAITEMENT POUR LES DROGUES ET L'ALCOOL

10A- Avez-vous déjà été en contact avec un service d'aide pour un problème de drogues ou d'alcool?

1 ☐ Oui

2 ☐ Non

↓
PASSER À 10C

Si oui, à quel âge avez-vous été en contact avec un service d'aide pour votre problème de dépendance la 1^{re} fois? _____

Combien de temps dans toute votre vie avez-vous passé au total en traitement? _____

_____ semaine mois année

10B- Dans les six derniers mois, avez-vous suivi un traitement pour l'alcool ou les drogues?

1 ☐ Oui

2 ☐ Non

↓
PASSER À 10C

De quel type?

- 1 ☐ désintoxication non médicale(sevrage)
- 2 ☐ désintoxication médicale (unité de désintox.)
- 3 ☐ méthadone désintox (48 jours)
- 4 ☐ méthadone maintenance
- 5 ☐ hospitalisation en unité de soins
- 6 ☐ communauté thérapeutique

- 7 ☐ groupe d'entraide (AA, NA et autre)
- 8 ☐ thérapie externe
- 9 ☐ thérapie interne
- 10 ☐ autre _____
- 11 ☐ autres services de l'hôpital _____

Dans les six derniers mois, quelle est la période la plus longue pendant laquelle vous avez suivi un traitement?

_____ jour semaine mois

10C- Dans les six derniers mois, avez-vous essayé d'entrer dans un programme de traitement pour l'alcool ou d'autres drogues, sans y parvenir?

1 ☐ Oui

2 ☐ Non

PASSER À 10D

Si oui, de quel type?

1 ☐ désintoxication non médicale

7 ☐ groupe d'entraide

2 ☐ désintoxication médicale (unité de désintox.)

8 ☐ thérapie externe

3 ☐ méthadone désintox (48 jours)

9 ☐ thérapie interne

4 ☐ méthadone maintenance

10 ☐ autre _____

5 ☐ hospitalisation en unité de soins

11 ☐ autres services de l'hôpital _____

6 ☐ communauté thérapeutique

Si vous n'êtes pas parvenu à entrer dans un programme, qu'est-ce qui vous en a empêché?

10D- Est-ce que vous avez cessé de consommer TOUTE DROGUE, INJECTÉE OU NON?

1 ☐ Oui

2 ☐ Non

Si Oui, depuis quand?

_____/_____/_____
jour mois année

POUR LES CONSOMMATEURS D'OPIACÉS. (Si PAS CONSOMMATEUR RÉGULIER D'OPIACÉS, PASSER À LA SECTION 11)

10E- En ce moment, suivez-vous un programme de méthadone?

1 ☐ Oui

2 ☐ Non

Question 10F

Si non, voudriez-vous suivre un programme de méthadone?

1 ☐ Oui

2 ☐ Non

3 ☐ Pas certain

PASSER À LA SECTION 11

POUR LES USAGERS ACTUELS DE MÉTHADONE.

10F- Depuis combien de temps êtes-vous dans ce programme de méthadone?

_____/_____/_____
jour semaine mois

10G- Dans quelle clinique ou avec quel médecin?

1 ☐ CRAN

5 ☐ CLSC

2 ☐ Hôpital général juif

6 ☐ Relais Méthadone

3 ☐ Hôpital St-Luc

7 ☐ Autre _____

4 ☐ Médecin de famille

10H- Quelle est la dose actuelle que le médecin vous prescrit?

_____ mg.

10I- Combien de jours par semaine recevez-vous la méthadone à la pharmacie? _____

10J- La dose que vous recevez est-elle?

1 ☐ correcte

2 ☐ trop faible

☐ 3 trop forte

10K- Dans le programme de méthadone, donnez-vous régulièrement un échantillon d'urine?

1 ☐ Oui

2 ☐ Non

10L- Si vous avez été en prison dans les six derniers mois, avez-vous continué la méthadone?

1 ☐ Oui

2 ☐ Non

3 ☐ N/A

Si non, pourquoi? _____

10M- Vous est-il arrivé de vendre de la méthadone?

1 ☐ Oui

2 ☐ Non

SECTION 11 : JOURNAL

LES QUESTIONS SUIVANTES DÉTAILLENT VOTRE CONSOMMATION DE DROGUES DES SEPT JOURS QUI ONT PRÉCÉDÉ VOTRE DERNIER JOUR DE CONSOMMATION.

Quelle était la date de votre dernier jour de consommation?

____/____/____
Jour Mois Année

- | | | | |
|----------------------------|-----------------------|---------------------------|---------------------|
| 1 Alcool | 7 Speedball | 13 Amphétamines IV | 19 Autres |
| 2 Héroïne IV | 8 Méthadone prescrite | 14 Barbituriques | 20 Talwin/Ritalin I |
| 3 Héroïne inhalée ou fumée | 9 Méthadone de rue | 15 Barbituriques IV | 21 Talwin/Ritalin |
| 4 Cocaïne IV | 10 Opiacés | 16 Tranquillisants | |
| 5 Cocaïne fumée | 11 Autres opiacés IV | 17 Marijuana, Hashish | |
| 6 Cocaïne inhalée | 12 Amphétamines | 18 Drogues psychédéliques | |

	1 jour avant	2 jours avant	3 jours avant	4 jours avant	5 jours avant	6 jours avant	7 jours avant
Date (jour)							
Drogues							
Nombre d'injections							
Nombre d'injections avec seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre							
Nombre de seringues prêtées que vous aviez déjà utilisées							
Nombre d'utilisation de matériels d'injection déjà utilisés par quelqu'un d'autre							
Nombre de visites au programme d'échange de seringues							
Nombre de seringues reçues lors de la visite au programme d'échange de seringues							
Nombre de relations sexuelles							

SECTION 12 : CONTACTS AVEC LES SERVICES SOCIAUX

12A- Dans les six derniers mois, à quel rythme avez-vous fréquenté les programmes de repas?

- | | | |
|---|---|---|
| 1 <input type="checkbox"/> jamais | 2 <input type="checkbox"/> tous les jours | 3 <input type="checkbox"/> 2-3 fois/semaine |
| 4 <input type="checkbox"/> chaque semaine | 5 <input type="checkbox"/> chaque mois | 6 <input type="checkbox"/> rarement |

Si vous les fréquentez, où allez-vous le plus souvent? _____

12B- Dans les six derniers mois, à quel rythme avez-vous fréquenté les banques alimentaires?

- | | | |
|---|---|---|
| 1 <input type="checkbox"/> jamais | 2 <input type="checkbox"/> tous les jours | 3 <input type="checkbox"/> 2-3 fois/semaine |
| 4 <input type="checkbox"/> chaque semaine | 5 <input type="checkbox"/> chaque mois | 6 <input type="checkbox"/> rarement |

Si vous les fréquentez, où allez-vous le plus souvent? _____

12C- Dans les six derniers mois, à quel rythme avez-vous fréquenté un groupe de soutien, sans compter les AA/NA/CA?

- | | | |
|---|---|---|
| 1 <input type="checkbox"/> jamais | 2 <input type="checkbox"/> tous les jours | 3 <input type="checkbox"/> 2-3 fois/semaine |
| 4 <input type="checkbox"/> chaque semaine | 5 <input type="checkbox"/> chaque mois | 6 <input type="checkbox"/> rarement |

Si vous en fréquentez un, où allez-vous le plus souvent? _____

12D- Dans les six derniers mois, à quel rythme avez-vous fréquenté un centre de jour(drop-in)?

- | | | |
|---|---|---|
| 1 <input type="checkbox"/> jamais | 2 <input type="checkbox"/> tous les jours | 3 <input type="checkbox"/> 2-3 fois/semaine |
| 4 <input type="checkbox"/> chaque semaine | 5 <input type="checkbox"/> chaque mois | 6 <input type="checkbox"/> rarement |

Si vous les fréquentez, où allez-vous le plus souvent? _____

12E- Dans les six derniers mois, à quel rythme avez-vous dormi dans un refuge?

- | | | |
|---|---|---|
| 1 <input type="checkbox"/> jamais | 2 <input type="checkbox"/> tous les jours | 3 <input type="checkbox"/> 2-3 fois/semaine |
| 4 <input type="checkbox"/> chaque semaine | 5 <input type="checkbox"/> chaque mois | 6 <input type="checkbox"/> rarement |

Si vous les fréquentez, où allez-vous le plus souvent? _____

12F- Dans les six derniers mois, avez-vous été contacté par un travailleur de rue?

- | | | |
|---|---|---|
| 1 <input type="checkbox"/> jamais | 2 <input type="checkbox"/> tous les jours | 3 <input type="checkbox"/> 2-3 fois/semaine |
| 4 <input type="checkbox"/> chaque semaine | 5 <input type="checkbox"/> chaque mois | 6 <input type="checkbox"/> rarement |

Si oui, d'où venai(en)-il(s)? _____

12G- Dans les six derniers mois, avez-vous vu une infirmière de rue (avoir un test sanguin, être traité pour une condition médicale)?

- | | | |
|---|---|---|
| 1 <input type="checkbox"/> jamais | 2 <input type="checkbox"/> tous les jours | 3 <input type="checkbox"/> 2-3 fois/semaine |
| 4 <input type="checkbox"/> chaque semaine | 5 <input type="checkbox"/> chaque mois | 6 <input type="checkbox"/> rarement |

Si oui, d'où venai(en)-elle(s)? _____

Quel était le problème? _____

SECTION 13 : SANTÉ GLOBALE

13A-En général, comment est votre santé?

1 ☐ excellente 2 ☐ très bonne 3 ☐ bonne 4 ☐ correcte 5 ☐ mauvaise

13B- a) Avez-vous eu un test de dépistage pour une ou plusieurs des infections suivantes dans les 6 derniers mois? *(Si oui, cocher la(les) case(s) appropriée(s))*

☐ VIH ☐ Hépatite B ☐ Hépatite C (Anti-HCV)

b) Si vous n'avez pas eu de test de dépistage dans les six derniers mois pour l'une ou plusieurs de ces infections, quelle est la date de votre dernier test?

c) Quel était le résultat de votre dernier test de dépistage?

Infections	Date du dernier test de dépistage	Résultat
VIH	____ ____ mm aaaa <input type="checkbox"/> Jamais	1 <input type="checkbox"/> Positif 2 <input type="checkbox"/> Négatif 4 <input type="checkbox"/> Ne sait pas
Hépatite B	____ ____ mm aaaa <input type="checkbox"/> Jamais	1 <input type="checkbox"/> Positif 2 <input type="checkbox"/> Négatif 4 <input type="checkbox"/> Ne sait pas
Hépatite C (Anti-HCV)	____ ____ mm aaaa <input type="checkbox"/> Jamais	1 <input type="checkbox"/> Positif 2 <input type="checkbox"/> Négatif 4 <input type="checkbox"/> Ne sait pas

13C-Dans les six derniers mois, avez-vous été malade?

1 ☐ Oui 2 ☐ Non

Avez-vous vu quelqu'un?

1 ☐ Oui 2 ☐ Non

Si oui, de qui s'agit-il

1 ☐ travailleur social
 2 ☐ infirmière de rue
 3 ☐ travailleur de rue

4 ☐ programme d'échange de seringues
 5 ☐ Médecin
 6 ☐ autre _____

PASSER À 13D

13D- Dans les six derniers mois, avez-vous vu un médecin?

1 ☐ Oui

2 ☐ Non

↓
PASSER À 13E

Si oui, lesquels?

1 ☐ votre médecin de famille

2 ☐ un médecin de CLSC

3 ☐ un médecin dans une clinique

4 ☐ un médecin du sida (Clinique Actuel, Quartier latin)

5 ☐ un médecin spécialiste dans un hôpital

6 ☐ un médecin de l'urgence

7 ☐ un médecin en toxicomanie

8 ☐ un psychiatre

9 ☐ un autre médecin

Combien de fois avez-vous vu votre médecin de famille? _____

Combien de fois avez-vous vu les autres médecins? _____

13E- Avez vous déjà suivi un traitement pour le VIH/SIDA?

1 ☐ Oui

2 ☐ Non → **PASSER À 13F**

De quel type de traitement s'agissait-il? *INSCRIRE TOUS LES TRAITEMENTS SUIVIS*

Quand a débuté le dernier traitement?

____/____/____
Jour Mois Année

Combien de temps a-t-il duré?

____/____
Jour Mois

☐ Encore en traitement

13F- Avez vous déjà suivi un traitement pour l'Hépatite C?

1 ☐ Oui

2 ☐ Non → **PASSER À 13G**

De quel type de traitement s'agissait-il? *INSCRIRE TOUS LES TRAITEMENTS SUIVIS*

Quand a débuté le dernier traitement?

____/____/____
Jour Mois Année

Combien de temps a-t-il duré?

____/____
Jour Mois

☐ Encore en traitement

Quel a été le résultat?

1 ☐ Guéri

2 ☐ Toujours infecté

3 ☐ En cours

4 ☐ Abandon

5 ☐ Ne sait pas

13G-Dans les six derniers mois, avez-vous pris des médicaments ou avez-vous suivi un traitement?
(antibiotique, asthme, maladie de la peau...)

1 ☐ Oui

2 ☐ Non

☐ Ne sait pas

PASSER À 13H

Si oui, Pourquoi?

Date de début (peut être avant le six mois)

Combien de jours dans six derniers mois?

Quels médicaments ou traitements?

3 ☐ Sevrage

jour mois année

4 ☐ Anxiété

jour mois année

5 ☐ Dépression

jour mois année

6 ☐ _____

jour mois année

7 ☐ _____

jour mois année

13I-Dans les six derniers mois, avez-vous été diagnostiqué(e) pour une des maladies suivantes?

1 ☐ Oui

2 ☐ Non PASSER À 13J

1 ☐ Herpès

5 ☐ Chlamydia

2 ☐ Condylomes

6 ☐ Gonorrhée

3 ☐ Hépatite

7 ☐ Tuberculose

4 ☐ VIH

13J-Dans les six derniers mois, avez-vous été vacciné(e)?

1 ☐ Oui

2 ☐ Non

3 ☐ Ne sait pas

Passer à 13K

Si oui, Pour quoi?

Quand la dernière dose reçue?

1 ☐ Hépatite A

____ jour/mois/année

2 ☐ Hépatite B

____ jour/mois/année

3 ☐ Twinrix (Hépatite A et B)

____ jour/mois/année

4 ☐ Pneumovac

____ jour/mois/année

5 ☐ Anti-grippe : _____

____ jour/mois/année

6 ☐ Autres : _____

____ jour/mois/année

13K- Dans les six derniers mois, avez-vous eu la jaunisse (hépatite virale)? 1 ☐ Oui 2 ☐ Non

QUESTION POUR FEMMES SEULEMENT

13L- Êtes-vous enceinte en ce moment? 1 ☐ Oui 2 ☐ Non 3 ☐ Incertaine

13M- Avez-vous eu des enfants DEPUIS 1978? 1 ☐ Oui 2 ☐ Non

Si oui, quel âge ont-ils ? (mettre 99 si l'enfant est décédé)

13N- Dans les six derniers mois, avez-vous fait une tentative de suicide? 1 ☐ Oui 2 ☐ Non

Combien de fois? _____

Qui avez-vous consulté lors de la dernière tentative?

1 ☐ votre médecin

5 ☐ un ami

2 ☐ un médecin dans une clinique sans rendez-vous

6 ☐ une autre ressource

3 ☐ un travailleur social

7 ☐ urgence de l'hôpital

4 ☐ un psychologue

8 ☐ aucune personne

Avez-vous reçu un suivi médical par la suite?

1 ☐ Oui

2 ☐ Non

13O- Est-ce qu'un médecin a déjà diagnostiqué un désordre psychologique (ex. schizophrénie)?

1 ☐ Oui

2 ☐ Non

Si oui, lequel? _____

13P- Dans les six derniers mois, avez-vous été hospitalisé(e) dans un département de psychiatrie?

1 ☐ Oui

2 ☐ Non

Combien de fois ? _____

Combien de temps en tout? _____

_____ jour _____ semaine _____ mois

13Q- Dans les six derniers mois, avez-vous été à l'urgence de l'hôpital? 1 ☐ Oui 2 ☐ Non

Combien de fois êtes-vous resté moins de 24 heures _____

Combien de fois êtes-vous resté plus de 24 heures _____

13R- Dans les six derniers mois, avez-vous séjourné à l'hôpital ailleurs qu'à l'urgence ou en désintox?

1 ☐ Oui

2 ☐ Non

Pourquoi?

Combien de fois?

Combien de temps (nombre de jours ou de semaines, en tout)?

_____ jour _____ semaine

13S- Dans les six derniers mois, avez-vous eu des tatouages ou du body piercing en excluant ceux ayant été fait en détention?

1 ☐ Oui

2 ☐ Non

↓
PASSER À LA SECTION 14

Si oui, l'équipement était-il stérile? 1 ☐ Oui 2 ☐ Non 3 ☐ Parfois 4 ☐ Ne sait pas

SECTION 14 : DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

14A- Quelle est votre date de naissance?

_____ jour _____ mois _____ année

14B- Êtes-vous né(e) au Canada?

1 ☐ Oui

2 ☐ Non

Si non, dans quel pays êtes-vous né(e)? _____

En quelle année êtes-vous arrivé(e) au Canada? _____

14C- Dans quel pays sont nés vos parents?

mère : _____

☐ Ne sait pas

père : _____

☐ Ne sait pas

14D- À quel groupe ethnique vous identifiez-vous?

1 ☐ Caucasien/Blanc

2 ☐ Amérique latine (préciser) _____

3 ☐ Afrique de l'Ouest (ex. Sénégal, Bénin)

4 ☐ Afrique autre (préciser) _____

5 ☐ Caraïbes (ex. Jamaïque)

6 ☐ Haïti

7 ☐ Europe de l'Est (ex. Russie, Serbie)

8 ☐ Europe de l'Ouest (ex. Grèce, Italie)

9 ☐ Asie du Sud Est (ex. Vietnam, Thaïlande)

10 ☐ Asie de l'Ouest (Inde, Pakistan)

11 ☐ Asie autre (préciser) _____

12 ☐ Autochtone

13 ☐ Inuit

14 ☐ Métis

15 ☐ autre _____

14E- Dans quelle langue êtes-vous le plus à l'aise?

1 ☐ français

5 ☐ vietnamien

2 ☐ anglais

6 ☐ italien

3 ☐ espagnol

7 ☐ grec

4 ☐ créole

8 ☐ autre _____

14F Quel est le plus haut niveau d'étude que vous avez COMPLÉTÉ?

1- ☐ aucun

5- ☐ cégep

2- ☐ élémentaire

6- ☐ université

3- ☐ école technique (DEP, AEP)

7- ☐ diplôme supérieur

4- ☐ secondaire (secondaire 4 complété)

8- ☐ autre _____

14G À quel sexe vous identifiez-vous ?

1 ☐ masculin

2 ☐ féminin

3 ☐ transsexuel(le)

14H En ce moment, habitez-vous sur l'île de Montréal?

1 ☐ Oui

2 ☐ Non

Si non, où habitez-vous?

1 ☐ Laval

3 ☐ Montérégie (ailleurs)

5 ☐ Lanaudière

2 ☐ Rive Sud (Longueuil, Brossard, Saint-Lambert, Saint-Hubert)

4 ☐ Laurentides

6 ☐ autre _____

14I Avez-vous déménagé sur l'île de Montréal?

1 ☐ Oui

2 ☐ Non

Si oui, depuis combien de jours?

_____ jour

Où habitiez-vous avant?

Ville : _____

Province : _____

Pays : _____

Pourquoi êtes-vous venu ici?

1 ☐ meilleures drogues (qualité)

2 ☐ drogues moins chères

3 ☐ ne sait pas / incertain

4 ☐ famille ici

5 ☐ amis/partenaire ici

6 ☐ bonne place pour vivre

7 ☐ devait partir/s'enfuir

8 ☐ travail/occasions

9 ☐ services/bien-être social

10 ☐ nouveau départ

11 ☐ mandat d'arrestation

12 ☐ autre _____

14J Dans quel type d'endroit avez-vous habité la majorité du temps dans les six derniers mois?

*UTILISER LA LISTE ET INSCRIRE LE CHIFFRE CORRESPONDANT AU LIEU DIRECTEMENT DANS LE TABLEAU
OU PRÉCISER DIRECTEMENT DANS LE TABLEAU S'IL S'AGIT D'UN LIEU NON MENTIONNÉ DANS LA LISTE (CHOIX 9).*

1= MAISON

2= APPARTEMENT

3= MAISON D'HÉBERGEMENT / DE TRANSITION

4= APPARTEMENT SUPERVISÉ

5= REFUGE

6= CHAMBRE D'HÔTEL/MAISON DE CHAMBRES

7= SDF / RUE

8= PRISON

9= AUTRE

Le mois dernier		Il y a 4 mois	
Il y a 2 mois		Il y a 5 mois	
Il y a 3 mois		Il y a 6 mois	

14K- Dans quel arrondissement ou dans quelle ville avez-vous habité dans les six derniers mois?

Le mois dernier	
Il y a 2 mois	
Il y a 3 mois	
Il y a 4 mois	
Il y a 5 mois	
Il y a 6 mois	

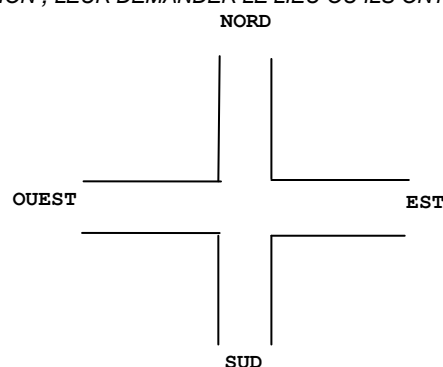
14M- Quel est le code postal du lieu où vous avez dormi la majorité du temps dans les 4 dernières semaines?

***POUR TOUS LES PARTICIPANTS IL DOIT Y AVOIR UN CODE POSTAL.

REFUGES : POUR CEUX QUI Y HABITENT, INSCRIRE LE CODE POSTAL DU REFUGE.

SDF / DANS LA RUE : POUR CEUX QUI SONT DANS CETTE SITUATION , LEUR DEMANDER LE LIEU OÙ ILS ONT DORMI LE PLUS SOUVENT DANS LE DERNIER MOIS***

--	--	--	--	--	--



14N- Quel est votre état civil?

1 ☐ marié(e) légalement

2 ☐ divorcé(e)

3 ☐ veuf(ve)

4 ☐ célibataire

5 ☐ séparé(e)

6 ☐ conjoint(e) de fait (+ de 3 mois de cohabitation)

14O- Depuis quand vivez-vous dans cette situation?

_____/_____/_____
jour mois année

14P- Habitez-vous seul en ce moment?

1 ☐ Oui

2 ☐ Non

3 ☐ N/A

↓
Section 15

14Q- En ce moment, combien de personnes vivent avec vous?

Qui sont ces personnes?

1 <input type="checkbox"/> Conjoint(e)/blonde/ partenaire sexuel(le)	6 <input type="checkbox"/> Étrangers (ex : refuge)
2 <input type="checkbox"/> Membres de la famille	7 <input type="checkbox"/> Détenus
3 <input type="checkbox"/> Ami(e)s proches	8 <input type="checkbox"/> Autre : _____
4 <input type="checkbox"/> Partenaires de cotation/ consommation	
5 <input type="checkbox"/> Connaissances (dealer, personne de passage,...)	

SECTION 15 : JOURNAL II

Les questions suivantes détaillent votre consommation de drogues au moment où vous avez reçu votre dernier chèque mensuel ou le chèque significatif du mois (même si vous ne le recevez pas vous-même).

- | | | | |
|----------------------------|-----------------------|---------------------------|----------------------|
| 1 Alcool | 7 Speedball | 13 Amphétamines IV | 19 Autres |
| 2 Héroïne IV | 8 Méthadone prescrite | 14 Barbituriques | 20 Talwin/Ritalin IV |
| 3 Héroïne inhalée ou fumée | 9 Méthadone de rue | 15 Barbituriques IV | 21 Talwin/Ritalin |
| 4 Cocaïne IV | 10 Autres opiacés | 16 Tranquillisants | |
| 5 Cocaïne fumée | 11 Autres opiacés IV | 17 Marijuana, Hashish | |
| 6 Cocaïne inhalée | 12 Amphétamines | 18 Drogues psychédéliques | |

	Les 2 jours précédant le chèque	Le jour du chèque et le lendemain
Drogues consommées durant les deux jours		
Nombre d'injections durant les deux jours		
Nombre d'injections avec seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre durant les deux jours		
Nombre d'utilisation de matériels d'injection déjà utilisés par quelqu'un d'autre		
Nombre de seringues prêtés que vous aviez déjà utilisées		
Nombre de consommations d'alcool durant les deux jours		
Étiez-vous dans votre propre logement / refuge? Oui = 1 Non = 2		

MERCI DE VOTRE COLLABORATION!